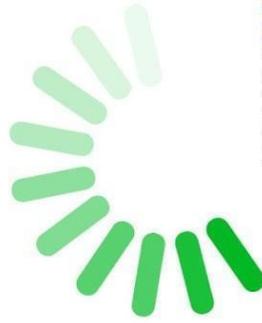


**X Encuentro Interdisciplinario
de Ciencias Sociales y Humanas**
Las urgencias del presente:
Desafíos actuales de las ciencias sociales y humanas



27, 28 y 29 de noviembre de 2019
Pabellón Venezuela, Ciudad Universitaria
Centro de Investigaciones María Saleme de Burnichon
Instituto de Humanidades – CONICET
Facultad de Filosofía y Humanidades
Universidad Nacional de Córdoba

“Los discursos y prácticas de agentes de salud frente al reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y (no) reproductivos vinculados a sus intervenciones”

MGTER MIANI ANA MARIA

Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Córdoba

mianiana@gmail.com

MGTER BILAVCIK CLAUDIA LOURDES

Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Córdoba

clbilavcik@unc.edu.ar

ESTUDIANTE MEDINA MÓNICA ELIZABET

Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Córdoba

monimedinamem@gmail.com

Resumen

En el presente estudio nos interesa compartir las primeras lecturas respecto a las prácticas que ponen en juego lxs agentes de salud del sector público de la ciudad de Córdoba, en particular en el primer nivel de atención de jurisdicción municipal en la

implementación de políticas relacionadas a la sexualidad, la reproducción y anticoncepción, en el marco del proyecto de investigación en curso¹.

En la provisión de servicios de salud vinculados a sexualidad, reproducción y anticoncepción nos interesa conocer qué hacen lxs agentes de salud, en relación a lxs usuarixs que demandan atención en los servicios y de los problemas sobre los que intervienen.

Los discursos y por ende las prácticas de lxs agentes de salud se inscriben en procesos complejos de relaciones jerárquicas y asimétricas, legitimadas en un “saber” médico dominante y un “hacer” que reproducen el orden social patriarcal, heteronormativo y adulto céntrico y en menor medida, prácticas que tienden a transformarlo/subvertirlo. Intervenciones estatales en espacios micro sociales, que se hallan condicionadas, aunque no determinadas por la gestión estatal, que facilitan u obstaculizan el cumplimiento del acceso y efectivización de derechos sexuales y (no) reproductivos, a través de programas, acciones y provisión de recursos.

Palabras clave: derechos sexuales- salud pública- prácticas - agentes de salud

¹Proyecto “El ejercicio de derechos sexuales y (no) reproductivos en salud- Prácticas y representaciones de agentes de salud pública estatal de la ciudad de Córdoba” aprobado y acreditado por SECyT año: Directora: Lic. Rossana Crosetto. Co-Directora: Mgter. María Teresa Bosio Responsables: Mgter. Claudia L. Bilavcik, Mgter. Ana M. Miani, Lic. Gladys Paola García. En formación: Agustina Ramia, Valentina Friedli, Romina Basconcello, Paola Suau, María Florencia Godoy, Mónica Medina, Julieta Sánchez. Colaboradoras: Lic Silvina Baudino, Mgter. Celeste Bertona, Lic. Agustina Buffarini, Lic. Mónica Fuentes, Lic. Ana Morillo, Lic María A. Paviolo, Lic. Gabriela González Ramos, Lic. Agostina Piscitello



“Los discursos y prácticas de agentes de salud frente al reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y (no) reproductivos vinculados a sus intervenciones”

El presente estudio tiene por objetivo analizar las primeras lecturas respecto a las prácticas que ponen en juego lxs agentes de salud del sector público de la ciudad de Córdoba, en particular en el primer nivel de atención de jurisdicción municipal respecto a la implementación de políticas de provisión de servicios, en relación a la sexualidad, la reproducción y anticoncepción.

Desarrollado en el marco del proyecto de investigación en curso, cuyo objeto de estudio son las “Prácticas y representaciones sociales de lxs agentes de salud en relación a los derechos y al acceso de lxs sujetxs a las políticas de salud sexual y (no) reproductiva, en espacios públicos estatales de salud en la Ciudad de Córdoba”².

En la provisión de servicios de salud vinculados a sexualidad, reproducción y anticoncepción nos interesa conocer qué hacen lxs agentes de salud, en relación a lxs usuarixs que demandan atención en los servicios y de los problemas sobre los que intervienen.

² Proyecto “El ejercicio de derechos sexuales y (no) reproductivos en salud- Prácticas y representaciones de agentes de salud pública estatal de la ciudad de Córdoba” aprobado y acreditado por SECyT año: Directora: Lic. Rossana Crosetto. Co-Directora: Mgter. María Teresa Bosio Responsables: Mgter. Claudia L. Bilavcik, Mgter. Ana M. Miani, Lic. Gladys Paola García. En formación: Agustina Ramia, Valentina Friedli, Romina Basconcello, Paola Suau, María Florencia Godoy, Mónica Medina, Julieta Sánchez. Colaboradoras: Lic Silvina Baudino, Mgter. Celeste Bertona, Lic. Agustina Buffarini, Lic. Mónica Fuentes, Lic. Ana Morillo, Lic María A. Paviolo, Lic. Gabriela González Ramos, Lic. Agostina Piscitello

Esta dimensión se constituye en pregunta significativa para dilucidar dilemas y conflictos que atraviesan las intervenciones a la hora de habilitar o restringir el derecho a la libertad de decidir sobre el propio cuerpo y para mejorar los servicios de atención en el sistema de salud pública estatal.

De este interrogante, nos interesa poder esclarecer las acciones que lxs agentes desarrollan en torno a las necesidades-demandas de salud sexual y (no) reproductiva, a partir de lo que expresan lxs mismxs.

Acerca de las representaciones y prácticas

El objeto de estudio de la presente investigación son las “Prácticas y representaciones sociales de lxs agentes de salud en relación a los derechos y al acceso de lxs sujetxs a las políticas de salud sexual y (no) reproductiva, en espacios públicos estatales de salud en la ciudad de Córdoba, Argentina en diferentes niveles de atención (hospitales y centros de salud) y jurisdicciones nacionales, provincial, y municipal, en el periodo 2018-2021”.

Desde el punto de vista metodológico se trata de un estudio de tipo cualitativo, exploratorio y descriptivo.

En una primera etapa, a partir de la palabra de lxs agentes de salud del primer nivel de atención de la Municipalidad de Córdoba, con diferentes trayectorias de formación: administrativos y profesionales (medicina generalista o familiar, ginecología, trabajo social, psicología, enfermería, otrxs), género y generación, se recuperan las intervenciones y significados que otorgan a su práctica, lo que resulta clave para interpretar la relación con lxs usuarixs de los servicios, la caracterización de los mismos y de los problemas sobre los que intervienen, esto es, las definiciones y principales obstáculos (normativos, institucionales, políticos) que inciden (o no) en la implementación de la política pública efectiva.

En este primer año, se trabajó sobre los objetivos específicos³ planteados para el presente estudio en el primer nivel de atención en la jurisdicción de la ciudad de Córdoba.

³ Objetivos: -Caracterizar la política de salud sexual y (no) reproductiva y los circuitos institucionales de su implementación en las diferentes jurisdicciones estatales de la ciudad de Córdoba.

- Identificar los conocimientos de los/as agentes de salud en relación a las normativas, políticas, programas de salud sexual y (no) reproductiva.

- Conocer las argumentaciones y modos en que los/as agentes de salud designan y significan las necesidades-demandas de los sujetos en relación a su salud sexual y (no) reproductiva, en diferentes niveles de atención de la ciudad de Córdoba.

En esta etapa, se avanzó en la caracterización de la implementación de los programas de salud sexual y no reproductiva en los centros de salud que dependen de la Municipalidad de Córdoba y los circuitos institucionales en que se desarrollan.

De los 100 centros de salud de primer nivel de atención dependientes de la Municipalidad de Córdoba, se realizaron 51 entrevistas a profesionales de diversas disciplinas y personal administrativx que participa de la asistencia de lxs usuarixs que demandan atención sobre salud sexual.

Prácticas y Representaciones son las categorías centrales que nos permitirán abordar el objeto de estudio, recuperando centralmente los aportes de Pierre Bourdieu.

Este autor plantea los conceptos de campo y habitus para analizar la dinámica social. Define el campo como lo social hecho cosa (lo objetivo) y el habitus como lo social inscripto en el cuerpo (lo subjetivo). Las prácticas sociales que realizan los agentes se explican a partir de la relación dialéctica que existen entre ambos.

En el campo, se juegan las posiciones relativas que ocupan los distintos grupos o clases y las relaciones que entre los mismos se establecen y, al mismo tiempo, comprende las formas de conformación de la subjetividad, es decir la constitución del habitus.

El habitus es, por un lado, objetivación o resultado de condiciones objetivas y, por otro, es capital, principio a partir del cual el agente define su acción en las nuevas situaciones que se le presentan, según las representaciones que tiene de las mismas. En este sentido, puede decirse que el habitus es, a la vez, posibilidad de invención y necesidad, recurso y limitación. Es decir, en tanto estructura estructurante, el habitus se constituye en un esquema generador y organizador, tanto de las prácticas sociales como de las percepciones y apreciaciones de las propias prácticas y de las prácticas de los demás agentes.

Para Bourdieu (2007) la práctica es el lugar de encuentro entre lo objetivo y lo subjetivo, dirá que es el lugar de la dialéctica del opus operarum y el modus operandi, de los productos objetivados y los productos incorporados de la práctica histórica, de las estructuras y los habitus.

-
- Caracterizar las intervenciones que los/as agentes desarrollan en torno a las necesidades-demandas de salud sexual y (no) reproductiva en diferentes niveles de atención de la ciudad de Córdoba.
 - Comparar enfoques y modalidades que sustentan las intervenciones de agentes de salud según nivel de atención (hospitales y Centros de Atención Primaria de la Salud) en lo que se refiere a sexualidad y (no) reproducción, desde la perspectiva de géneros y derechos
 - Identificar obstáculos materiales y simbólicos que se presentan en el subsector de salud pública para el acceso por parte de los sujetos a la salud sexual y (no) reproductiva como derecho.
 - Proponer líneas de acción en torno a la resolución de obstáculos en el ejercicio de derechos sexuales, (no) reproductivos y salud integral, desde la perspectiva de géneros y de derechos.

“Las representaciones, son imágenes mentales, ideas de las cosas, de los objetos, de las gentes, maneras de verlos, de pensar procesos, de evaluarlos, de valorarlos [...], etc.” (Gutiérrez, 2004:295).

El habitus funcionaría como un principio que genera y organiza las prácticas de los agentes al interior del campo de la salud, y a la vez, estructuran la vida de lxs usuarixs, lo que permite comprender parte de la complejidad que encierran los recorridos que deben atravesar lxs mismxs, para el acceso o no de sus derechos.

En definitiva, las prácticas y las representaciones generadas por el habitus, son producto de un “sentido práctico”, de una actitud para moverse, para actuar y para orientarse según la posición ocupada en el espacio social, según la lógica del campo y de la situación. Estas categorías son centrales en el tema de estudio por cuanto es en ese hacer, en esa toma de posición que se pueden generar o excluir procedimientos administrativos/ profesionales que habilitan o restringen procesos vinculados al reconocimiento de la salud sexual y (no) reproductiva como un derecho en salud y de derechos humanos; producto de un habitus personal-profesional- pero también de los habitus institucionales, que al decir de De Certau (2007), las prácticas organizan instituciones, discursos, lenguajes, espacios.

En síntesis, si bien se encuentra estrechamente vinculado las representaciones y la practica desde el punto de vista de Bourdieu, nos centraremos en el análisis de las intervenciones en relación a la efectiva implementación de los derechos de salud sexual y (no) reproductivos.

En los avances del trabajo de campo, se advierte que las argumentaciones y el modo en que lxs agentes de salud designan y significan las demandas, hacen referencia sobre todo a los aspectos biológicos de la atención, desconociendo otras dimensiones que hacen a los derechos sexuales, del goce o decisorios sobre el propio cuerpo, por lo que las prácticas se traducen en una “atención médica”, individualizada y a manera de consulta sobre métodos anticonceptivos y/o infecciones de transmisión sexual”, siendo la mujer, adulta o adolescente, la principal destinataria de la atención.

En relación al desarrollo de los programas de salud sexual, la atención se inicia a partir de la solicitud o consulta, en su mayoría de mujeres, en relación a métodos de anticoncepción. Dicha demanda es programada; sin embargo; se destaca que la mayoría de las veces se presenta de manera espontánea y dirigida en primera instancia a lxs administrativxs, quienes derivan a lxs profesionales médicxs generalistas o especialistas en ginecología, quienes centralizan la asistencia, identificándose algunas prácticas diferenciadas y disputa del poder del conocimiento al interior mismo de la disciplina médica.

Se observa que, en la mayoría de los centros sanitarios analizados, todos los miembros de los equipos, adoptando diferentes posibilidades de captación, se constituyen en facilitadores del acceso a los métodos anticonceptivos, (a los cuales referiremos como MAC), del programa a través de una articulación espontánea, e implementan diferentes estrategias de acceso a los insumos y requisitos.

Esta situación no se produce de la misma manera frente a la demanda de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) como así la interrupción legal del embarazo (ILE). En algunos casos, los profesionales que manifestaron su objeción de conciencia frente a la misma, resaltaron como práctica la derivación a otros colegas de equipo o centros sanitarios de mayor nivel que no se oponen a dicha práctica, o bien otro tipo de respuestas.

Se puede identificar que, en general, los profesionales tienen conocimiento de la legislación, de los marcos normativos vigentes que regulan las prácticas, los cuales se constituyen en ordenadores del trabajo de los profesionales y determinante de la demanda efectiva de los sujetos.

Actualmente tienen las instancias de formación de carácter disciplinar y se registran escasos o nulos espacios colectivos de debate, por lo que el conocimiento no es socializado hacia el resto del equipo y se traduce en prácticas centradas en garantizar el acceso a los MAC.

No se advierten trayectorias de formación disciplinar ni interdisciplinar, en relación a sexo-género y disidencias sexo- genéricas.

Con respecto a la conformación de los equipos, se observa diversidad en relación a las trayectorias laborales y académicas y se destacan rotaciones en diversos centros en este nivel de atención, por lo que, en sus relatos, recurren permanentemente a sus experiencias anteriores en otros centros de salud.

Las argumentaciones y el modo en que los agentes de salud designan y significan las demandas hacen referencia, sobre todo, a los aspectos biológicos de la atención en general, lo reproductivo, el acceso a los MAC, control de embarazo o las infecciones de transmisión sexual (ITS) desconociendo otras dimensiones que hacen a los derechos sexuales, del goce o decisorios sobre el propio cuerpo.

En general, todos los profesionales entrevistados refieren que la decisión y elección del MAC es siempre en última instancia tomada por la mujer; sin embargo, aparece el saber-poder del profesional para la decisión final y la práctica está condicionada por la accesibilidad al recurso, ya que en muchos casos hay irregularidad en la disponibilidad de los mismos, debido a la escasa articulación entre los diferentes niveles del sistema

de salud, y a los límites en la capacidad de gestión del recurso o criterios impuestos en cada equipo.

Aquí es donde se advierte cómo inciden las condiciones objetivas del campo y el habitus, en cuanto la generación y estructuración de prácticas.

Las implementaciones de los programas no solo dependen de la formación, creencia o postura ideológica individual, sino también de las decisiones, en este caso del Estado, de garantizar el acceso al recurso de salud.

Esta situación provoca la vulneración del derecho a decidir, ya que el Estado no garantiza la efectivización del mismo y las estrategias que se adoptan para resolverlo son de carácter individual según la capacidad de cada sujeto, que adquiera el insumo por sus propios medios o cambiando el método, lo cual “implica restringir la autonomía de la mujer condicionando “ el poder individual” sobre su propio cuerpo, otorgado por el derecho, a decisiones políticas de los gobernantes” (Levin, S 2010: 71).

Si bien existen acuerdos en relación a los criterios de admisión en el programa de SS y reproductiva, permanencia en el programa y tiempos para revisar las causas del abandono, en general no hay claridad, en relación a las estrategias de re- captación ante el abandono de lxs usuarixs.

Se observa heterogeneidad en los procedimientos de seguimiento, como así también en la articulación interinstitucional, la cual no se implementa de manera formal, sino que se logra a través de las relaciones informales y fundamentalmente teniendo en cuenta experiencias de articulación anteriores. Tampoco se menciona haber implementado un sistema de referencia y contrarreferencia lo que tendería a consolidar la red de prestadores en los diferentes niveles de atención y mejorar la accesibilidad; por el contrario, queda en evidencia la fragmentación presente en el sistema.

Cuando aparece alguna patología en los resultados de los estudios realizados se implementan diferentes estrategias para la re-captación de casos, lo que permitiría deducir que los derechos sexuales y reproductivos están pensándose también en términos patologizantes.

En general, lxs agentes plantean la imposibilidad de salir al territorio por la sobredemanda de atención que reciben lxs profesionales, por lo que la promoción y la prevención se centra exclusivamente en un abordaje asistencial individual, lo cual obstaculiza la problematización de las estrategias para captar y sensibilizar a la población, no centrando el abordaje de manera colectiva y/o territorial o en las necesidades de la población, condicionando proceso de trabajo innovadores. En relación al tema expresan:

[...] la gente demanda asistencia y quiere asistencia, inasistencia concreta y verdaderamente altamente justificada. Entonces yo por ahí pueden entender que estando en la calle dando un taller, por ahí está al vicio por ahí dando vueltas y eso hay que de- construirlo también va a llevar un tiempo, entonces estamos en un período diagnóstico situacional que nos conozcan.
(Médico)

[...] se pone cartelera: que ellos tienen turno para la ginecóloga todos los días; que hay una campaña de PAP todos los terceros miércoles de cada mes... mucho acá no se puede, porque es tanta la demanda; y vos le decís que vas a salir, y te dicen, pero va a quedar enfermería descubierta. Como soy la única a la tarde, no puede quedar el centro sin enfermeras”.
(Enfermera).

Con respecto a las intervenciones de promoción/prevención, todos reconocen la importancia de tales actividades, sin embargo, son escasos los equipos que incorporan una planificación y evaluación de estas acciones, y las que desarrollan, en general se realizan en las escuelas; en tal caso, la mayoría de los agentes de salud enfatizan en la necesidad de educación sexual en las escuelas.

Las capacitaciones en las escuelas, se realizan desde una mirada biológica, sin plantear otro tipo de temas o necesidades que puedan tener los jóvenes y que tensionan estos modelos. La articulación con organizaciones comprendidas en el espacio territorial está centralmente coordinada por los Trabajadores Sociales - en los equipos que cuentan con estos profesionales.

Sin embargo, se destaca, en otros centros asistenciales, la coordinación de actividades con organizaciones comunitarias desde la perspectiva de salud integral, lo que confirma la posibilidad de implementar estrategias particulares en cada equipo y área de responsabilidad.

La sexualidad, excepcionalmente se aborda si existe la demanda y particularmente en el espacio de la consulta, pero no como acción deliberada, y se hace en función de la reproducción y biologización, lo que quedaría en el ámbito de la privacidad. Este tema es demandado sobre todo por los jóvenes en los espacios de talleres en las escuelas, pero aun así no se aborda.

Si bien reconocen la importancia de articular con otras disciplinas en las intervenciones, no se observa un abordaje interdisciplinario, sino que priman acciones disciplinares en particular.

Se destaca la hegemonía de la medicina en el campo de la salud aun con sus posiciones críticas, ya que lxs agentes no médicos, en una posición de reafirmar la subordinación con el saber médico, reproducen la misma mirada, y las prácticas se reducen a intervenciones ligadas al control de la natalidad, destacándose centralmente con el acceso a los métodos.

La caracterización de la población destinataria no se presenta a partir de un diagnóstico construido con fuentes de información primarias y secundarias; entre los rasgos que la describen, en general se destaca una trayectoria social de pobreza estructural con inserción en el mercado laboral informal, sin cobertura social, aumento de la demanda por desocupación del principal proveedor de ingresos, destinatarias de transferencias formales estatales, la mujer como responsable del trabajo familiar no remunerado, confirmando que la organización del trabajo doméstico depende de criterios de género, y se observan expresiones estigmatizantes en relación a lxs sujetxs que demandan. Hacen referencia al tema:

Yo [...] te puedo digamos decir [...] entonces ni hablar del tema alimentario de que acá no hay desayuno, de que el almuerzo empieza a las 2 de la tarde [...] ósea es [...] yo creo que son muchas cosas y las prioridades no es la comida, las prioridades no es el colegio (Administrativa).

Sobre los sujetxs que demandan, son en su mayoría mujeres a partir de los 13 años hasta los 45 /50 años; el mayor porcentaje se observa en la franja etaria que va entre los 20 a 40 años es principalmente quien demanda y quien recibe asistencia en lo que respecta a métodos de anticoncepción, y no se menciona si existen respuestas alternativas para mujeres que presentan dificultades para tener hijxs u otro tipo de demandas.

Lxs adolescentes son considerados población de “riesgo” y objeto para la prevención de embarazos no deseados.

Con respecto a la consulta de lxs jóvenes, hay diferentes posicionamientos en una perspectiva destinada a prevenir el embarazo adolescente: Algunxs profesionales de enfermería y administrativxs intervienen unidireccionalmente desde las experiencias personales y no desde un marco de formación que fundamente su accionar profesional en donde subyace una posición moralizante de la sexualidad.

[...] yo me pongo en el lugar de que soy madre, y esas niñas vienen a veces solas, [...] no sé si me hubiese gustado que mi hija de 13 o 14 años fuera a

buscar un método anticonceptivo, no estoy en desacuerdo, pero no sé, me parecen muy chicas. (Enfermera)

En el caso de otros profesionales su opinión está centrada en la posibilidad de decidir y la autodeterminación de la joven, al respecto refieren:

Para mí es muy positivo que empiecen de tan jóvenes a consultar, yo no tengo problemas en charlar, hablar, y vemos el caso particular, se inicia con algún método, también me han llegado madres que la niña tiene 12 o 13 años y ella quiere que empiece, y la madre le insiste [...] Y eso [...] a mí me genera más ruido. A que vienen solas, es distinto (Medico)

En relación a los marcos normativos algunos profesionales denotan tener conocimiento en el cambio de los aspectos jurídicos sobre el tema de los derechos de lxs pacientes y atención, si deben estar o no acompañados o no por un adulto/a, pero en la práctica, cuando se atiende a un adolescente menor de edad, lxs profesionales requieren la presencia de un adulto que lo acompañe.

Si el adolescente o niñx no viene con algún cuidador, siempre en el examen se solicita que esté presente algún personal del centro de salud, en carácter de testigo. Esta práctica no es consultada al adolescente, lo cual vulnera el derecho de decisión de los mismos y confirma la distancia con las normas.

Se infiere que dicha práctica se sigue realizando a manera de resguardo legal para el propio profesional más que por la efectivización o no de un derecho de los Niñas, Niños y Adolescentes.

La consulta de los hombres es escasa y en su mayoría se observa la solicitud particularmente de preservativos, y excepcionalmente de otros métodos cuando acompañan a la pareja en la consulta y menos aún en demanda centradas en la anticoncepción.

En otros centros de salud la entrega de preservativos se realiza en los espacios de consejería ya que reconocen la resistencia de los varones de su uso, pero no se establecen estrategias de inclusión en el programa, a pesar que algunas profesionales destacaron el aumento de Infecciones de Transmisión Sexual en los varones. En la mayoría de los centros de salud, los preservativos se proveen a través de dispenser.

Con respecto a las identidades sexuales no normativas población LGTTIQ, en general, lxs integrantes del equipo de salud identifican individualidades en el espacio territorial; sin embargo, estas personas no realizan las demandas de atención en el centro de salud

de su barrio, y tampoco se menciona que realizan intervenciones o estrategias que facilite el acercamiento de estxs sujetxs, lo que permitiría inferir que continua operando en la atención un mecanismo de naturalización de una lógica binaria.

En síntesis, la atención está dirigida particularmente a las mujeres en diversas edades, lo cual permite preguntarse si persiste en los profesionales la idea de que el cuidado de la Salud Sexual y (no) Reproductiva “es cuestión de mujeres” desde una lógica reproductiva, heteronormativa y patriarcal y re- preguntar si la perspectiva reproductiva naturalizada orientaría la demanda de lxs sujetxs e influiría en estrategias específicas para revertirla.

La implementación de la “consejería”⁴ entendida como una estrategia para la promoción y prevención de la salud sexual con perspectiva de derechos y género, es diferente en los distintos equipos, particularmente en lo que refiere a la edad y ciclo reproductivo de la mujer, la cual aparece como: por un lado, el espacio de atención en consultorio en donde se la incorpora como parte de la práctica de distintos profesionales, y por otro, como espacio destinado principalmente a esto.

En general el espacio de “consejería” se reemplaza por la misma consulta médica, y no hay un abordaje interdisciplinario.

Con respecto a la captación, recaptación; consejería e inclusión a la diversidad podríamos inferir que es, en muchos casos, parte de las prácticas realizadas por lxs agentes son espontáneas, no reflexivas y no planificadas.

En lo que refiere a la ILE e IVE, se observan diferentes estrategias de resolución, si comparamos los distintos centros de salud- lo cual limita la igualdad de oportunidades en el acceso a la atención.

Ante los casos de solicitud de ILE, se observan diferentes posicionamientos, lxs profesionales refieren que activan los mecanismos correspondientes derivando a entidades de jurisdicción nacional, en el caso particular de Córdoba a la Maternidad Nacional dependiente de UNC, ya que al momento que se realizaron las entrevistas existían impedimentos jurídicos y cautelares en Córdoba particularmente (pese a que se encuentra contenida en el Código Penal desde el año 1921 en su artículo 86).

Otros profesionales refirieron la derivación a la red de profesionales denominadas “Las Socorristas”, a “Católicas por el Derecho a decidir”, o bien realizan la atención de la

⁴ La consejería en salud sexual y salud reproductiva se entiende como un modelo de atención en salud que concibe a las personas como sujetos capaces de tomar sus propias decisiones, tanto acerca del ejercicio de su sexualidad y el cuidado de su cuerpo, como de la salud en relación con su función reproductiva. Ministerio de Salud de la Nación, (2018: 7)

demanda en el mismo Centro de Salud, destacándose la participación activa de algunos integrantes de los equipos en la red de profesionales.

Sobre esto cabe señalar que el posicionamiento y la práctica de los profesionales médicos es central para facilitar el acceso, vinculado, por su poder y entre otros aspectos, a la receta médica.

En el caso de solicitud de IVE, se repiten diferencias en las estrategias frente a la decisión de abortar por un lado orientando y derivando, y por otro se reconocen profesionales que referencian estar en contra del aborto y desarrollan estrategias de convencer a la mujer de que continúe su embarazo, lo que confirmaría una práctica prescriptiva sobre los cuerpos de las mujeres, o bien consulte por internet como practicarse un aborto,

En algunos centros de salud no diferencian entre ILE e IVE porque encuadran todas las situaciones dentro de la ILE entendiendo a la salud de forma integral donde no solo aparece lo biológico, sino también lo social y psicológico como causales a considerar en un pedido de aborto desde perspectivas más amplias y producto de debates al interior del equipo y de formación.

En casos en particular, se advierten algunas prácticas diferenciadas según las especialidades de la disciplina médica donde también se disputa el poder del conocimiento especializado entre los especialistas y los médico/as generalistas o de familia. Sin pretender generalizar, los profesionales entrevistados que fueron formados en Medicina familiar o post grado en salud comunitaria tienen miradas más integradoras en relación a los procesos de salud –enfermedad y ello facilita el acceso a la efectivización de derechos y accesos a recursos.

Algunas reflexiones...

A partir de la lectura de lo expresado por los agentes entrevistados, se intentó en esta primera instancia recuperar las prácticas de los mismos en relación a la implementación de políticas de provisión de servicios, la sexualidad, la reproducción y anticoncepción, los derechos y al acceso de los usuarios a las políticas de salud sexual y (no) reproductiva, en espacios públicos estatales de salud en la Ciudad de Córdoba.

Si bien no hay uniformidad en cuanto al accionar de los agentes en los diferentes centros de salud indagados, si se pueden identificar algunas constantes en las prácticas que se implementan.

Prácticas que se traducen en intervenciones en espacios micro sociales que se hallan condicionadas, aunque no determinadas, por las condiciones objetivas del campo, en

este caso en particular, por gestión estatal, de jurisdicción municipal, que facilita u obstaculiza el cumplimiento del acceso y efectivización de derechos sexuales y (no) reproductivos, a través de programas, acciones y provisión de recursos.

En tal sentido, la diversidad de propuestas entre los diferentes equipos en torno a las estrategias de atención primaria, muestran prácticas fragmentadas, dirigidas a un sujeto “mujer” en edad reproductiva que requiere una atención exclusivamente médica y cuya respuesta es un determinado método anticonceptivo, el cual está condicionado por las posibilidades individuales o estatales, dificultando una apropiación subjetiva del derecho.

No se reconoce a otrxs sujetxs, como varones o población LGTTQ dentro de estos programas.

En relación a la interdisciplinariedad, no hay una estrategia de abordaje interdisciplinario, de la problemática, desde las diferentes aristas que abarca, tal como la sexualidad, el deseo, el disfrute, las disidencias sexuales, las elecciones de continuar o no con un embarazo, posibilitando la accesibilidad a los derechos que como sujetxs le asisten.

Lxs adolescentes son considerados como población objeto de cuidado para prevenir embarazos no deseados o infecciones de transmisión sexual y no hay otros espacios de escucha para otros temas que abarca sexualidad, sino sólo excepcionalmente cuando demandan en los talleres desarrollados en las escuelas.

En el proceso de institucionalización derivado de la aplicación de la legislación vigente, resulta evidente la dificultad de operativizar lo que a nivel discursivo se enuncia, la salud sexual y reproductiva está exclusivamente ligado a la procreación y a la decisión de tener o no hijos y ello transversaliza las prácticas, lo cual se traduce en atención o consultas médicas e individualizadas.

Las reconstrucciones de las representaciones y por ende las prácticas de lxs agentes de salud, se inscriben en procesos complejos de relaciones jerárquicas y asimétricas, legitimadas en un “saber” médico dominante y un “hacer” que reproducen el orden social patriarcal, heteronormativo y adulto céntrico y en menor medida, prácticas que tienden a transformarlo/subvertirlo.

Las prácticas, las cuales conservan dicha hegemonía, no son problematizadas ni cuestionadas por lxs diferentes agentes y se reproducen en lo cotidiano.

Si bien enuncian en los discursos una concepción de derechos a la atención en salud, particularmente en garantizar el acceso a los MAC, entra en tensión con prácticas instituidas y normativas desde el propio estado.

Si podemos inferir, a través del análisis de los discursos y prácticas, que sobre los cuerpos, la sexualidad, los derechos sexuales de los sujetxs, en este caso de las mujeres particularmente; deciden, entre otros: el estado, a través de la definición de los programas que implementa, la religión, a través de las creencias y posturas ideológicas de los agentes que implementan los programas, el mercado, que regula el acceso o no a ciertos métodos anticonceptivos y la justicia, que le otorga el carácter legal o no a la decisión de las mujeres sobre estas dimensiones.

La ciudadanía, en este caso, la sexual es un proceso en construcción, no basta la existencia de las leyes, lo cual se constituye en una ciudadanía de carácter formal sino se garantiza el acceso real a los derechos que contempla, o sea que se constituya en una ciudadanía sustantiva, con una efectiva implementación de políticas públicas, que respondan a un enfoque integral garantizando el acceso a estos derechos y de lxs agentes involucrados en la atención de lxs sujetxs a través de las prácticas concretas.

Referencias bibliográficas:

Barrancos, Dora. (2011) Género y ciudadanía en la Argentina. Iberoamericana. *Nordic Journal of Latin American and Caribbean Studies* (XLI: 1-2), 23-39.

Bourdieu P. (2007) *El sentido práctico* Buenos Aires: Siglo XXI

Costa, R. (2004). *Teoría y compromiso en Pierre Bourdieu. Mecanismos Sociales del Cambio. Serie Filosofía y Humanidades* (Documento de Trabajo N° 37). Ed. EDUCC. Córdoba

De Certeau M. (2007) *La invención de lo cotidiano. Artes de hacer*, I. México DF: Universidad Iberoamericana- Instituto Tecnológico y de Estudios superiores de Occidente.

Gutiérrez, A. (2004). *Poder, Habitus y Representaciones: recorrido por el concepto de violencia simbólica en Pierre Bourdieu. Revista Complutense de Educación* (15), 289-300. Madrid.

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

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Secretaria de Gobierno de Salud. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (2018) *Consejerías en Salud Sexual Reproductiva: Propuesta de diseño, organización e implementación*. Documento de trabajo. 3ª edición: junio, 2018 Buenos Aires. En línea en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento190.pdf>
Consultado en: 19 enero 2020

Montaño Sonia (1996) *Los Derechos Reproductivos de la mujer*. En Estudios Básicos de Derechos Humanos IV. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Compilado por Laura Guzmán Stein y Gilda Pacheco Oreamuno, (pp 163-185). San José, Costa Rica: Instituto Interamericano de Derechos Humanos En línea en: <https://www.iidh.ed.cr/IIDH/media/2247/estudios-basicos-04-1996.pdf>. Consultado en: (19 de marzo 2020)

Petracci, Mónica (2006) *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*. Buenos Aires: Editorial CEDES

Soldevila, Alicia, Crosetto, R, Bosio, Maria Teresa (2017). *Movimientos de mujeres, diversidad familiar y demandas el campo de la salud pública*. En Simposio internacional: Pensar lo público desde las investigaciones e intervenciones feministas: debates y controversias en clave latinoamericana y del Caribe. Organizado por CLACSO y Universidad Nacional de Misiones. Posadas: Libro digital Universidad Nacional de Misiones, 2018 (pp. 23-39).

En línea en: https://editorial.unam.edu.ar/images/documentos_digitales/CLACSO.pdf.
Consultado en: (19 de junio 2019)