

Artículos seleccionados

Salud Sexual y Trabajo Social: aportes desde una perspectiva feminista interseccional.

Marina Balloni Aguilar^a

Fecha de recepción:	24 de agosto de 2023
Fecha de aceptación:	5 de octubre de 2023
Correspondencia a:	Marina Balloni Aguilar
Correo electrónico:	marinaballoni.ts@gmail.com

- Instructora de residentes en el Hospital General de Agudos "Dr. Juan A. Fernández". Residencia de Trabajo Social en el Hospital General de Agudos "Dr. Enrique Tornú" de CABA. Diplomada en Educación Sexual Integral.

Resumen:

El objetivo del siguiente trabajo es reflexionar en torno a la intervención profesional del Trabajo Social en Salud Sexual y (no) Reproductiva desde una perspectiva feminista interseccional, partiendo de mis experiencias en la Residencia de Trabajo Social en el subsistema público de Salud de la CABA y mi inserción en un consultorio LGBT en el conurbano bonaerense. A nivel metodológico, la construcción de conocimiento se realizó desde un enfoque cualitativo e interpretativo. Parto de la idea de que la sexualidad atraviesa nuestra vida cotidiana y trayectoria vital, y que la historia de la sexualidad es una historia de disciplinamiento y clasificación, y de organización y resistencia. Como parte de mis reflexiones finales, sostengo que la estructura cisheteropatriarcal y capitalista en la que se inscribe nuestra sociedad, produce estratificaciones sociales y obstáculos culturales, institucionales, económicos y simbólicos para el goce de nuestros derechos en relación a la Salud Sexual y (no) Reproductiva. Sortearlos requiere de un ejercicio colectivo y, el trabajo social, puede

habilitar una posibilidad de emancipación: en tanto podemos nominar y develar en clave interseccional las violencias y desigualdades estructurales y cotidianas, construir redes de cuidado y poner a jugar en nuestras intervenciones la categoría de deseo que los feminismos colocaron en nuestras agendas.

Palabras clave: Salud Sexual y (no) Reproductiva - Intervención del Trabajo Social - Perspectivas feministas interseccionales.

Summary

The aim of the following paper is to reflect on the concept of professional intervention of the Social Work in Sexual and (non) Reproductive Health from an intersectional feminist perspective, based on my experiences in the Social Work Residency in the public health subsystem of the Autonomous City of Buenos Aires and my insertion in an LGBT clinic in the Buenos Aires suburbs. On the methodological level, the construction of knowledge was carried out from a qualitative and interpretative approach. The starting point of my analysis is that sexuality permeates all aspects of our daily life and life trajectory, and that the History of sexuality is a history of discipline and classification, but also of organization and resistance. As part of my final reflections, I argue that the cis-heteropatriarchal and capitalist structure in which our society is inscribed, produces social stratification and cultural, institutional, economic and symbolic obstacles to the enjoyment of our Sexual and (non) Reproductive Health rights. Overcoming them requires a collective exercise, and Social Work enables the possibility of emancipation as long as we can name and unveil, from an intersectional perspective, the structural and daily violence and inequalities, build networks of care and introduce in our interventions the category of desire that feminisms have placed in our agendas.

Key words: Sexual and (non) Reproductive health; Social Work Intervention; Intersectional feminist perspectives.

Heteropatriarcado y perspectivas feministas interseccionales

El capitalismo es un sistema económico basado en la explotación y apropiación de la capacidad de trabajo humano y de la naturaleza, que se sostiene por un entramado político, cultural y simbólico que crea y reproduce necesidades, con una organización y distribución desigualitaria de las posibilidades de satisfacerlas y en un vínculo directo con el heteropatriarcado.

Silvia Federicci (2015), a partir del concepto de "Acumulación originaria" utilizado por Marx, da cuenta de cómo este proceso tiene como contracara la conquista de América, el saqueo, la expropiación y el tráfico

de esclavos. A su vez, desde una perspectiva feminista, analiza cómo el proceso de cercamientos de las tierras comunales en Europa, la expulsión de campesinos, el desarrollo del sistema salarial y la exclusión de las mujeres del mismo, resultó en nuestra reclusión al ámbito de la reproducción y el cuidado. De este modo, contribuye a los estudios feministas sobre la división sexual del trabajo y las nuevas modalidades estructurantes del patriarcado¹ que traen aparejada la reducción de las mujeres al ámbito privado de la vida y el control de la reproducción y la sexualidad: maternidad obligatoria y heterosexualidad. Un sistema de dominación que "define a las mujeres como cuerpos (...) dominados por la biología, dado que se ha apropiado de nuestra capacidad reproductiva y la ha puesto al servicio de la reproducción de

1. El patriarcado "entendido como un sistema social, político, cultural y económico que se basa en la supremacía de los varones y su capacidad de ejercicio del poder como autoridad (...), configura relaciones de poder entre los géneros, basadas en la solidaridad masculina interclase e intragénero, es decir, que dicha solidaridad puede atravesar distintas clases sociales si se trata de defender la supremacía masculina. Su correlato material más concreto es el sometimiento, exclusión y opresión de las mujeres, infancias y disidencias genéricas o grupos "sexo-disidentes" LGBTI+" (MMGyD, 2022:M1, pag 9).

la Fuerza de Trabajo y del mercado laboral” (Federicci, 2022: 33).

Siguiendo esta línea argumentativa, sostengo que el género funciona como un estratificador social, al igual que la clase, la raza y otras categorías como edad, religión, la diversidad funcional o la nacionalidad, entre otras (Viveros Vigoya, 2016). Si bien estas ideas ya venían desarrollándose al calor de los movimientos y organizaciones feministas, es Kimberle Crenshaw quien acuña la categoría de interseccionalidad (1989), con el objetivo de visibilizar las condiciones de opresión y desigualdad particulares de las “mujeres negras”, en relación a “las mujeres” o “los hombres negros”, en el marco de una contienda judicial en los Estados Unidos. Por lo cual, se construye como una categoría no sólo analítica sino también de denuncia, como un llamamiento a “comprender a la opresión de género como proceso social constituido en articulación indisoluble con otros vertebradores de desigualdad, sustancialmente la clase social y la raza” (Pombo, 2019:150).

En efecto, la potencia de los feminismos radica en la organización popular, en poder nominar a las violencias estructurales y cotidianas y construir redes de cuidado y otros horizontes posibles. Ante todo, es un posicionamiento colectivo, un entramado de corrientes diversas y comunes, con capacidad de disputar las agendas en materia de derechos humanos y políticas públicas.

Salud sexual y (no) reproductiva

Desde este posicionamiento ético-político y mis experiencias profesionales, me pregunto: ¿De qué modo la interseccionalidad entre género, clase y raza se entrecruzan con la salud sexual y (no) reproductiva? ¿Y la edad? ¿la nacionalidad? ¿la religión? ¿La diversidad funcional? ¿Qué implica pensar la salud sexual y (no) reproductiva desde perspectivas transfeministas interseccionales y el trabajo social en salud?

A lo largo de la historia, la significación social sobre la sexualidad ha sido construida desde parámetros hetero-

normativos, patriarcales y cissexistas². Si bien desde los feminismos y transfeminismos se ha luchado mucho para romper con estereotipos, mandatos y tabúes, los siglos de violencias contra las mujeres y el colectivo LGBTIQ+, siguen calando hondo en nuestras trayectorias de vida. Las prácticas y experiencias sexuales atraviesan y son atravesadas por nuestras relaciones interpersonales, grupos de pertenencia, trayectorias laborales, nuestra clase social, el género, la edad y los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado (en adelante, PSEAyC), entre otras dimensiones.

La sexualidad “trasciende ampliamente el ejercicio de la genitalidad o una expresión de la intimidad” (Morgade, 2011:10) y es parte de la historia que le otorga significado social a aspectos de la vida cotidiana de las personas, cotidiano sobre el cual trabajamos profesionalmente. La historia de la sexualidad, es una historia de disciplinamiento, represión y clasificación, y también de organización, resistencia y emancipación. Durante la década del 60, tanto en Estados Unidos como en Europa, los movimientos feministas pusieron en el centro de la escena reivindicaciones en relación a la liberación sexual, el aborto, la anticoncepción, la salud menstrual, el envejecimiento y el cuestionamiento a la heteronorma (Felitti, 2010).

Siguiendo a Felitti, para aquella época en la Argentina, las mujeres de clases medias urbanas gozaban de un incremento en la participación política, educativa y laboral y “nuevas pautas en relación con la reproducción y la sexualidad, evidenciadas en un uso creciente de métodos anticonceptivos modernos, como la píldora y el DIU, y una mayor aceptación del sexo antes del matrimonio” (2010:792), redefiniendo ciertos estereotipos y construyendo nuevas formas de autonomía y emancipación. Procesos obstruidos en nuestro país por la dictadura cívico militar y eclesiástica, la censura, persecución y desaparición forzada de personas.³

Luego del regreso de la democracia, los movimientos feministas y LGBT, no sin discusiones al interior de las organizaciones, se nuclearon bajo las banderas de los derechos humanos, reclamando tanto por la aparición

2. Siguiendo a An Millet, el cissexismo es “un sistema complejo y totalizador capaz de hegemonizar la creencia de que las opiniones, las identidades, los deseos, las experiencias, los cuerpos; en suma, las vidas de las personas trans, valen menos que los de las personas cis y a partir de esta idea arbitra una distribución desigual de violencias y privilegios” (Millet,2020:10; Radi,2015; Serrano,2007).

3. “El retorno a la democracia amplió las posibilidades de discusión(...). Al mismo tiempo, la expansión del virus del sida y sus efectos sociales plantearon un contexto oportuno para que el movimiento de mujeres y de la diversidad sexual, apoyado ahora en redes y movimientos transnacionales, retomara sus antiguas demandas y reivindicara nuevos derechos” (Felitti,2010: 809).

con vida de las personas desaparecidas y el juicio político; como por la "ratificación de la CEDAW- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer-, el establecimiento de la jubilación del ama de casa, la igualdad de salario entre varones y mujeres, la reglamentación de las guarderías infantiles y la creación de la Secretaría de Estado de la Mujer" (Felitti, 2010: 806). Demandas que, en la actualidad, se mantienen y que se han conquistado como derechos, aunque ello no implique la garantía de los mismos. Al hablar de Derechos Sexuales y Reproductivos, Josefina Brown (2007) señala como un posicionamiento ético-político, la noción de "Derechos Sexuales y (no) Reproductivos", señalando con el uso del "(no)" que la "denominación reproductivos alude a la histórica imagen de las mujeres como madres, reproductoras (...) y los derechos reproductivos aluden no sólo al derecho a una maternidad elegida, sin riesgos, etc, sino también a decidir no reproducir, no ser madre" (2007:183). Asimismo, sostiene que se vinculan íntimamente con la capacidad de las personas para tomar decisiones autónomas en relación a su sexualidad y sus cuerpos. Por otro lado, el Ministerio de Salud de la Nación, en línea con la OMS (2006)⁴, define los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos del siguiente modo:

"Derechos sexuales (DdSs): se refieren a poder decidir cuándo, cómo y con quién tener relaciones sexuales, a vivir la sexualidad sin presiones ni violencia, a que se respete la orientación sexual y la identidad de género sin discriminación, a acceder a información sobre cómo cuidarse, y disfrutar del cuerpo y de la intimidad con otras personas. Todas las personas tenemos derecho a disfrutar de una vida sexual elegida libremente, sin violencia, riesgos ni discriminación. **Derechos reproductivos (DdRr):** todas las personas tenemos derecho a decidir en forma autónoma y sin discriminación si tener o no tener hijas/os, con quién, cuántos y cada cuánto tiempo. También son derechos recibir información sobre los diferentes métodos anticonceptivos y el acceso gratuito al método elegido. La atención de la salud respetuosa y de calidad durante el embarazo, el parto y el posparto, así como en situaciones de

post aborto, también están contempladas dentro de los derechos reproductivos. Es también un derecho el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo"⁵

Ahora bien, ¿qué sucede cuando observamos las políticas de salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en materia de salud sexual y (no) reproductiva? ¿Cómo entendemos la Salud Sexual y la Educación Sexual Integral desde nuestros efectores de salud? ¿Quién define y cómo define que es la salud sexual? Los desafíos son construir el interrogante y la respuesta en conjunto con la población usuaria del subsistema público de salud y las organizaciones sociales; problematizar cuáles son las ideas sobre la salud, la sexualidad, las subjetividades, identidades y los cuerpos que hay detrás de las políticas públicas y de nuestras intervenciones. Ello, con el objetivo de enriquecerlas, desde miradas que cuestionen el biologicismo, el cisheteropatriarcado, el paternalismo y el capacitismo. ¿Cómo favorecer la autonomía de las personas desde instituciones que históricamente ejercieron control sobre los cuerpos y las formas de ser, pensar y actuar?

Experiencias del ejercicio profesional en dispositivos de Salud Sexual y (no) Reproductiva: especificidades y puntos de encuentro

Con más énfasis en analizar potencialidades que en señalar críticas particulares específicas de cada dispositivo, intentaré hilar ciertas tramas para pensar y enriquecer nuestro ejercicio profesional en esta materia, de acuerdo a mi experiencia en consultorio de ive/ile, talleres de salud sexual, consultorio de géneros y diversidades, CEPAD, acompañamiento en situaciones de violencias de géneros y violencias contra las infancias y otras experiencias en dispositivos grupales. Profundizaré en los primeros tres dispositivos mencionados.

Interrupción Legal y Voluntaria del Embarazo

Si de feminismos y organización hablamos, una de las conquistas más emblemáticas de esta época es la ley N°

4. Según la definición de la OMS, la sexualidad, "abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales(...) no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre" (OMS, 2006).

5. <https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/derechos>. Visitado por última vez: 19/06/2023

27.610 (2021) que garantiza el derecho a la Interrupción Voluntaria/Legal del Embarazo y los respectivos Protocolos para la atención integral de las personas con derecho a la IVE/ILE, elaborados por el Ministerio de Salud de la Nación.

Al igual que el fallo FAL (CSJN, 2012) y los protocolos publicados desde el 2015, el espíritu no solo es garantizar buenas prácticas y la atención integral de las personas gestantes de embarazos no deseados, sino eliminar todo tipo de obstáculos y demoras en el acceso al derecho de interrupción voluntaria y legal de embarazo. En esta línea, el protocolo 2022 recomienda el trabajo en equipos interdisciplinarios, pero no lo constituye como un requisito para la práctica “ya que esto podría dificultar el acceso a los derechos de las personas. Basta con una persona profesional de la salud para la realización de la práctica de IVE/ILE” (MinSal, 2022: 41).

Este punto abre lugar a la reflexión en (al menos) dos caminos. Por un lado, en lo que respecta a favorecer el acceso a la práctica y la rápida respuesta a la demanda; por el otro, la pregunta por la interdisciplina, nuestro rol, la escucha y el acompañamiento integral, cuestión que viene siendo problematizada, no solo desde la individualidad de los profesionales, sino también desde colectivos como la RED de Acceso al Aborto Seguro (REDAAS) y Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir. El protocolo destaca la importancia de la escucha atenta sobre el relato de las personas, ya que “permitirá detectar y trabajar sobre miedos y angustias que muchas veces están relacionadas a la historia de los abortos inseguros” (MinSal, 2022:52), pudiendo incluir miedos por la afectación a la fertilidad, incluso como un “castigo” por realizar la interrupción. Y, a continuación, establece que “por lo general, la actitud libre de prejuicios es suficiente para que la persona se sienta contenida y cómoda (...) Un espacio adecuado, que permita la confidencialidad, es otro de los elementos a tener en cuenta.” (ibidem).

A su vez, hay otros elementos que son constitutivos de la singularidad de cada situación y que requieren de esa escucha atenta. La decisión de una persona de realizar una IVE/ILE, puede estar atravesada por trayectorias y situaciones de violencias, ser una decisión tomada o fluctuar a través de los días. Además, puede estar condicionada por otros, verse envuelta en miedos e incertidumbres, estar en un laberinto de debates morales o ser un alivio. Pero en todos los casos, lleva consigo una disrupción de la vida cotidiana que se inscribe en las subjetividades y cuerpos de las personas gestantes. Es por

ello que el espacio de consejería para la elaboración de decisiones autónomas se torna una instancia de cuidado y acompañamiento imprescindible en estos procesos y, en este sentido, desde el trabajo social tenemos mucho que aportar.

En varias oportunidades escuché en el centro de salud decir “falta Salud mental”, “necesitamos de psicología para abordar estas situaciones”, cuando en verdad no es una terapia psicoanalítica lo que se requiere para acompañar la toma de decisiones, sino una escucha atenta que favorezca el encuentro con el deseo y con lo posible.

En cuanto a nuestra inserción en los equipos, a partir de mi experiencia profesional individual y colectiva -reflexiones de y con colegas y compañeras y organizaciones-, sostengo que nuestras habilidades para entrevistar y acompañar los procesos y nuestra mirada sobre las dimensiones de la vida cotidiana y las singularidades, son muy enriquecedoras para la intervención y su planificación. En tanto no solo el ejercicio de una escucha que habilita la palabra o respeta los silencios, que no juzga, sino también aquel lugar que le damos a la organización de esa interrupción: pensar redes de cuidado, factores protectores y desprotectores, el cuidado de otros, en tanto haya personas a cargo que presenten dependencia para las actividades de la vida cotidiana, y/o planificar horarios convenientes para hacer la interrupción, entre otros aspectos.

En este sentido es fundamental la mirada interseccional, ya que no será lo mismo acompañar en su decisión y proceso a una mujer cis, joven, de clase media urbana y atea, que a un varón trans o una mujer cis migrante, católica y en situación de violencias de género. Ello, como parte de la dimensión ético-política profesional, pero también socio-institucional, siendo que nuestros posicionamientos pueden entrar en tensión y conflicto (particularmente con la institución, las modalidades de atención, la gestión y los equipos) o enriquecerse.

Existe un cuestionamiento y una preocupación por las personas que no vuelven a la consulta post aborto o que concurren pero no definen un MAC de larga duración, tanto hacia ellos como hacia el interior de los equipos de salud. Lo cual me lleva a preguntarme, por un lado, por el lugar que le otorgamos al preservativo como método de barrera y por el otro, el lugar que le otorgamos a la autonomía de las personas, considerando el riesgo de cruzar la porosa línea entre el acompañamiento cuidado y las miradas tutelares sobre les usuaries del subsistema público de salud.

Por último, respecto al acompañamiento en IVE/ILE hay una pregunta que me queda en el aire (y ahora en papel) en relación a la invisibilización de las dimensiones del placer, la intimidad, las prácticas y trayectorias sexoafectivas y el erotismo⁶. ¿No es también una interrupción de la vida sexual tal como la transitaron hasta ahora? ¿Una disrupción? ¿Qué habilitan estos procesos? ¿Qué se obstruye? ¿No es una ocasión para pensar la salud sexual en términos más integrales y no solo respecto a intervenciones medicamentosas?

Talleres de Salud Sexual

Algo de este último interrogante me atravesó también en mis experiencias en Talleres de Salud Sexual en el primer nivel de atención de la salud. Estos se desarrollaban dos veces por semana, siendo planificados para que las personas participen un día y por única vez, eran destinados a mujeres cis y tenían el objetivo de brindar asesoramiento en MAC.

Si retomamos la definición de Derechos sexuales y Reproductivos del Ministerio de Salud y la definición de Salud Sexual y (no) Reproductiva de Josefina Brown (expuestas en el apartado anterior) observamos cuán amplia es la sexualidad y, por consiguiente, nuestras posibilidades de intervención en este campo. Sin embargo, en mis experiencias en particular, el único punto abordado por el equipo de salud, en lo que a los Derechos Sexuales refiere, ha sido "el acceso a la información sobre cómo cuidarse", pero específicamente definido como derechos reproductivos, en tanto "derecho a recibir información sobre los diferentes métodos anticonceptivos y el acceso gratuito al método elegido"⁷. Dentro del cuidado, no estaba contemplado el consentimiento, el conocimiento de nuestros cuerpos, el disfrute o el erotismo. Por otro lado, los mismos eran exclusivamente destinados a mujeres cis. Si la sexualidad es tan amplia, ¿por qué los reservamos exclusivamente para consultorías de Métodos AntiConceptivos (de aquí en adelante, MAC) para mujeres cis heterosexuales?

Estas prácticas, de forma consciente o no, responden a posicionamientos que reproducen acciones y saberes heteropatriarcales y binarios; proponiendo no solo la medicalización por sobre el deseo y el placer, sino lo CIS sobre lo TRANS. Con ello, lejos estoy de manifestar un desacuerdo frente a la importancia de brindar información y MAC de forma segura y gratuita, pero sí creo que en el camino de la construcción de un sistema de salud que se plantee la despatologización de la sexualidad, son necesarias las instancias de formación y reflexión en torno a las perspectivas de géneros y diversidades y, por qué no, en torno a pedagogías del placer. Nuestra pertinencia y participación en estos dispositivos de prevención de enfermedades y promoción de la salud es -o puede ser- muy enriquecedora, pero requiere de cierta vigilancia epistemológica sobre nuestros marcos teóricos, posicionamientos y prácticas, a riesgo de reproducir patrones y relaciones de opresión. Asimismo, al plantearse como taller, requiere de planificación, coordinación, evaluación y, fundamentalmente, escucha activa. Una escucha activa que, por un lado pueda favorecer la circulación de la palabra y por otro lado, pueda problematizar las prácticas y discursos machistas o desarmar ciertos prejuicios, mitos y tabúes. En este sentido, sostengo que es un dispositivo estratégico que posibilita pesquisar situaciones de violencias y desigualdades, en términos interseccionales, que pueden abordarse colectivamente en el taller o posteriormente, de forma individual, comunitaria y/o intersectorial. Ello, a riesgo de perder la potencia transformadora que nuestro ejercicio profesional puede tener, tanto en el campo de la salud sexual como en los dispositivos grupales.

Consultorio LGBT

Un tercer dispositivo que abordaré tiene que ver con Consultorios LGBTIQ+, por un lado, como forma de favorecer el acceso de esta población al sistema de salud y el trato digno y, por el otro, de deconstruir el paradigma binario imperante. El Art. 17 de los principios de Yogyakarta⁸, refiere específicamente al acceso a la salud

6. En términos de lacub, "El erotismo se encuentra influenciado por las narrativas históricas y literarias que promueven esquemas ideales desde donde se promueven nuevos libretos sociales que conforman una estética del amor o del deseo. Es así que el erotismo, para Featherstone, es esa infinita variedad de formas basadas en una constante invención, elaboración, domesticación y regulación del impulso sexual; o, para Bauman, el procesamiento cultural del sexo." (lacub, 2008:171).

7. <https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/derechos>. Visitado por última vez: 19/06/2023

8. Principios para la aplicación internacional de legislación sobre derechos humanos, contra todo tipo de discriminación por razones de identidad de género y orientaciones sexuales (2006).

y comienza expresando que todas las personas “tienen el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género. La salud sexual y reproductiva es un aspecto fundamental de este derecho.” (Yogyakarta, 2006). La discriminación por orientación sexual, expresión e identidad de género afecta fuertemente las subjetividades de las personas LGBTIQ+ y sus trayectorias de vida, encorsetando y violentando las formas de ser, sentir y habitar el mundo que pongan en cuestión el sistema heteronormativo, hasta el punto de negar sus existencias.

En lo que refiere a las instituciones de salud en particular (incluyendo universidades, instancias académicas nacionales e internacionales y otros sistemas de formación), si bien a nivel nacional existen leyes de avanzada, la historia de patologización de las diversidades, y el biologicismo, sigue calando hondo. El uso equívoco de nombres y pronombres que no respetan las identidades, la presunción de heterosexualidad, los diagnósticos que más tienen que ver con el (mal) sentido común que con conocimientos científicos, la violencia ginecológica, la escasa oferta de servicios (ej: “método ROPA”⁹ de fertilidad asistida, hormonización o cirugías) o la excesiva solicitud de estudios y evaluaciones, son algunas de las prácticas que obstaculizan y/o violentan el acceso a la salud.

Por estos motivos, colectivos y activistas lucharon y luchan por la igualdad en términos de ciudadanía y la garantía de sus derechos, entendiendo que a las violencias estructurales de este sistema, se le suman violencias y discriminaciones específicas. En los años 70 comienzan a tomar visibilidad organizaciones homosexuales, pero no es hasta mediados de la década del 90 que lo logran las organizaciones Travesti-Trans (Barrancos, 2014): colectivizando sus voces, luchas y resistencias, y denunciando las múltiples opresiones en el entrecruzamiento del género, la clase, etnia o raza, sexualidad, edad, lugar de residencia y/o nacionalidad, entre otros múltiples tipos de violencias. Experiencias de vida signadas por la expulsión temprana del hogar y de sus barrios, la deserción escolar y las dificultades de ingresar al mercado formal de trabajo que ello acarrea, y que se condensan en la baja expectativa de vida que se estima para esta población.

El acceso a la salud sin discriminaciones, fue y es una demanda de las organizaciones Travesti-Trans, razón de

lucha y resistencia. En nuestro país, es de la mano de estos activismos que dicha accesibilidad comenzó a ampliarse, tanto en términos de derechos, como de hecho. Es en este escenario que se crean los consultorios amigables o inclusivos, no porque tengan que haber dispositivos específicos per se, sino para favorecer el acceso y el trato digno, históricamente negados. Actualmente, podemos pensar que su constitución tiene menos que ver con construir perfiles profesionales especialistas en problemáticas del colectivo LGBTIQ+ que con producir cuidado y construir posicionamientos ético-políticos críticos que puedan alojar y desandar el cissexismo. ¿Qué significa e implica desandar el cissexismo?

An Millet, en su libro *Cissexismo y Salud* (2020), trae el concepto de “procesos de heterosexualización del espacio público” de Gil Valentine (1996), quien tomando a Butler, sostiene que “heterosexualizar el espacio es un acto performativo naturalizado a través de la repetición y la regulación” (1996:145) de formas de actuar, publicidades, símbolos, consumos culturales, entre otros. Cuestionando la idea de lo “natural y ahistórico” de la heterosexualidad y la cissexualización y planteando la necesidad de descissexualizar el espacio público en líneas generales y los servicios de salud en particular. ¿Qué entiende por descissexualizar? Al “conjunto de acciones tendientes a desaprender y desestabilizar las producciones simbólicas y materiales basadas en la idea de que las personas cis son más valiosas que las personas trans*.” (Millet, 2020:41).

Entonces, siguiendo estos argumentos, podemos pensar que es necesario -y posible- generar instancias de encuentro que favorezcan el acceso a la salud del colectivo LGBTIQ+, desarmar estereotipos, prejuicios, no asumir el género u orientaciones sexuales ajenas, generar lazos interinstitucionales y desandar la cisheteronorma. Ello, a los fines de favorecer la construcción de trayectorias de vida más saludables, con mayor autonomía y menos violencias, generando posibilidades para ser escuchades y validades desde una mirada integral de la salud, no patologizante ni medicalizante. La intervención situada del Trabajo Social debe poder vislumbrar las relaciones de poder en las que se inscriben nuestras prácticas, tanto en vinculación con las jerarquías dentro del sistema de salud como con la población destinataria. Retomando la categoría de interseccionalidad, no hay homogeneización posible en el abordaje de las desigualdades y violencias por cuestiones de géneros. Es fun-

9. El método de Recepción de Ovocitos de la Pareja (ROPA) es un tto. de fecundación in vitro destinado a la reproducción entre dos personas con útero.

damental tener en cuenta las condiciones materiales de existencia de cada persona, en relación a la trayectoria individual y familiar, en tanto condiciones de opresión (¿o privilegio?) y en conjunción con otras estratificaciones que pueden intensificarse entre sí, a saber: cuestiones raciales, generacionales y territoriales, entre otras.

En términos específicos, las estrategias de intervención son heterogéneas y singulares. Pueden estar relacionadas al acompañamiento en el proceso de construcción identitaria, la organización y reorganización del proyecto de vida, al acompañamiento en situaciones de violencia por razones de género, el asesoramiento para realizar el cambio registral; a generar accesibilidad al sistema de salud, y/o a construir redes entre la población LGBTIQ+, con el objetivo de que puedan compartir sus propias experiencias, sentirse representados y libres de estigmas y/o discriminaciones y colectivizar sus luchas y procesos. En relación a niñeces y adolescencias, es importante el trabajo con sus familias o referentes afectivos, alojando inquietudes sobre los procesos identitarios y la salud integral, abordando mitos y prejuicios, la ley de identidad de género y la importancia de respetar tanto sus identidades, como la expresión de género y la orientación sexual. Ello, con el objetivo de acompañar sus procesos y deseos y favorecer el trato digno y el respeto de sus derechos, tanto desde el sistema de salud como en otras instituciones.

Las discriminaciones y violencias sufridas muchas veces también traen aparejadas padecimientos de salud mental, pero no por el hecho de ser personas trans, bisexuales u homosexuales, sino por serlo en una sociedad Cisheteropatriarcal. Desde el acompañamiento del equipo de salud, en forma individual o desde dispositivos grupales, ello puede ceder o aliviarse.

Sin embargo, no hay una relación unilineal entre la intervención del trabajo social y la garantía de derechos. Por un lado, cada situación es singular, así como el entrecruzamiento de matrices de opresión. Por el otro, la dimensión ético política desde donde nos posicionamos es constitutiva de nuestras intervenciones, así como los recursos socio institucionales con los que contamos, la disponibilidad para conformar equipos de trabajo, y las políticas y legislaciones vigentes. Todos estos aspectos pueden favorecer u obstaculizar proyectos de emancipación, e incluso, ser reproductores de violencias.

Habiendo hecho este recorrido por los tres dispositivos mencionados y retomando el título de este apartado, donde propongo hablar de especificidades y también de

puntos de encuentro, sostengo que cada dispositivo tiene sus propias características y posibilidades institucionales, al igual que nuestro ejercicio profesional en relación a la singularidad de las personas, sus demandas y sus PSE-AyC. Sin embargo, creo que en la dimensión ético política, en las luchas y organizaciones feministas y transfeministas por la transformación de las relaciones de poder y en la cristalización de estas en políticas públicas y marcos normativos, es donde esta trama se vuelve común. No sin tensiones, es allí donde pensar la salud sexual y (no) reproductiva cobra un sentido que puede ser transversal: el de la interseccionalidad, e integralidad, el cuidado de los cuerpos y de la experiencia de la corporalidad, el de las identidades y el de la apuesta por el deseo y la autonomía.

Reflexiones finales

El trazo de las líneas del presente trabajo comenzó mucho tiempo antes de iniciar su escritura. Sin embargo, este proceso fue el motor para profundizar lecturas y reflexiones en torno a la intervención profesional del Trabajo Social desde una perspectiva feminista interseccional en Salud Sexual y (no) Reproductiva y condensarlas en estas hojas; así como para pensar los fundamentos de la implicancia y pertinencia de nuestras prácticas. En la actualidad, tanto en nuestro país como a nivel internacional, contamos con un marco normativo que protege el derecho a la salud sexual y (no) reproductiva. Sin embargo, la estructura cisheteropatriarcal, capitalista y tutelar en la que se inscribe nuestra sociedad, produce estratificadores sociales y obstáculos culturales, institucionales, económicos y simbólicos para el goce de nuestros derechos. Sortearlos requiere de un ejercicio colectivo y, en este sentido, el trabajo social adquiere —o puede adquirir— una posibilidad de emancipación en tanto podamos nominar y develar en clave interseccional las violencias y desigualdades estructurales y cotidianas, construir redes de cuidado y poner a jugar en nuestras intervenciones la categoría de deseo que los feminismos colocaron en nuestras agendas.

Las prácticas y experiencias sexuales y (no) reproductivas, atraviesan y son atravesadas por la trayectorias vitales y la vida cotidiana, ámbito de intervención profesional. El ejercicio de la escucha atenta, la mirada sobre las singularidades y un acompañamiento situado de los procesos vitales, puede resultar enriquecedor, tanto en entrevistas individuales, como en dispositivos grupales u otras actividades de prevención y promoción de la salud. Sin embargo, requiere de cierta vigilancia epis-

temológica sobre nuestros marcos teóricos, posicionamientos y prácticas, a riesgo de reproducir patrones y relaciones de opresión y desigualdad. Ello, en la búsqueda por favorecer el acceso a derechos sexuales y (no) reproductivos, a la ampliación de los mismos y al encuentro con el deseo; visibilizando las dimensiones del placer, la intimidad, el erotismo, el respeto de nuestras identidades y el cuidado de nuestros cuerpos, y a riesgo de perder la potencia transformadora que nuestro ejercicio profesional puede tener.

En este sentido, en relación al Trabajo Social y la Salud Sexual y (no) Reproductiva, sostengo la importancia de participar en instancias de formación y reflexión sobre géneros y diversidades y feminismos. A modo de continuar construyendo una dimensión ético-política profesional crítica, que pueda desaprender el cissexismo y la heteronorma, despatologizar la sexualidad, acompañar procesos de salud reproductiva y no reproductiva y habilitar formas de ser, sentir y habitar el mundo menos violentas.

Bibliografía

- Barrancos, Dora (2014) *Géneros y sexualidades disidentes en la Argentina: de la agencia por derechos a la legislación positiva*. Cuadernos Inter. cambio sobre Centroamérica y el Caribe.
- Brown, Josefina (2007) *Ciudadanía de mujeres en Argentina: los derechos no - reproductivos y sexuales como bisagra, lo público y lo privado puesto en cuestión*, FLACSO, Argentina.
- Brown, Josefina (2007) *El aborto en Argentina, genealogía de la demanda*, XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología, Guadalajara.
- Crenshaw, Kimberlé (2012) *Cartografiando los márgenes: Interseccionalidad, políticas identitarias y violencia contra las mujeres de color*. En: Platero, Lucas (Ed) *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada*. Ediciones Bellaterra, Barcelona.
- Federici, Silvia Beatriz (2022) *Ir más allá de la pie: repensar, rebacer y reivindicar el cuerpo en el capitalismo contemporáneo*, 1a ed, Tinta Limón, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Federici, Silvia Beatriz (2015) *El Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria*, 2da ed, Tinta Limón, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Felitti, Karina (2010) *Sexualidad y reproducción en la agenda feminista*. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/6164433.pdf>
- Iacob, R. (2008). Sobre la construcción de juicios en la erótica de la vejez. *Revista Argentina de Sociología*. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/269/26961012.pdf>
- Ley Nacional de Identidad de Género, N° 26.743/2012
- Millet, An (2020) *Cissexismo y Salud. Algunas ideas desde otro lado*, Colección Justicia Epistémica, Puntos suspensivos ediciones, Buenos Aires.
- Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación (2022) *Módulo I: Perspectiva de Género y Diversidad para el abordaje integral en Dispositivos Territoriales de Protección y Módulo II: Interseccionalidad y otras formas de opresión para el abordaje integral en Dispositivos Territoriales de Protección*, Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación (2022) *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo*. Actualización 2022, Argentina.
- Morgade, Graciela (2011) *Toda educación es sexual: hacia una educación sexuada justa*, Editorial La Crujía, Buenos Aires.
- Organización Mundial de la Salud (2006).
- Pombo, Gabriela (2019) *La interseccionalidad y el campo disciplinar del trabajo social: topografías en diálogo*, Colección Debates en Trabajo Social, Buenos Aires.
- Principios de Yogyakarta, 2006.
- Viveros Vigoya, Mara (2016) *La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación*, Revista Debate Feminista, Universidad Nacional de Mexico.