

## Artículos seleccionados

# Una mirada desde el Trabajo Social para la intervención en promoción de la salud sexual y prevención de ITSs, desde una perspectiva de género.

**Irupé Collado<sup>a</sup> y Lucía Cremona<sup>b</sup>**

Fecha de recepción: 4 de junio de 2018  
Fecha de aceptación: 20 de septiembre de 2018  
Correspondencia a: Lucía Cremona  
Correo electrónico: crelucia@gmail.com

- a. Lic. en Trabajo Social. Hospital General de Agudos Doctor Enrique Tornú.
- b. Lic. en Trabajo Social. Hospital General de Agudos Doctor Enrique Tornú.

### **Resumen:**

El siguiente trabajo se realiza desde la Residencia de Trabajo Social dependiente del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, en el marco de una rotación por el Centro de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CEPAD) de VIH y otras ITS del Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú (HT), en el período que comprende desde junio del 2017 a mayo del 2018 inclusive.

La Residencia de Trabajo Social se trata de un posgrado de formación en servicio que se realiza en diferentes efectores de salud de la CABA y dura tres años. Consta de tareas de capacitación

e investigación, e incluye rotaciones por diferentes servicios y equipos del efector de salud en las que se realizan asistencia, prevención y promoción de la salud.

Este trabajo tiene como objetivo profundizar y problematizar algunas inquietudes, experiencias e intervenciones significativas desarrolladas a lo largo de la rotación mencionada, alimentadas con materiales teórico-conceptuales que permitan complejizar nuestra mirada e invitar a la reflexión. Para tal fin utilizaremos viñetas de intervención extraídas de nuestros cuadernos de campo. Nos proponemos describir y analizar los aportes reflexivos e interventivos de las entrevistas desde una mirada disciplinar del trabajo social sobre la prevención y promoción. Para ello tomaremos el abordaje de la singularidad y desde el cuidado y la perspectiva de género intentando aportar a una mirada más amplia sobre la salud sexual.

**Palabras clave:** Prevención y promoción, perspectiva de género, abordaje de la singularidad y el cuidado.

### Summary

*This paper work is made from the Social Work Residency Program that depends on the Ciudad de Buenos Aires Government Health Minister. It is situated on the context of a rotation process that took place between June 2017th and May 2018th. It is about the work experience in a HIV and Sexually Transmitted Infections (STIs) Prevention, Assessment and Diagnosis Centre located in General Hospital "Dr. Enrique Tornú".*

*The Social Work Residency Program is a three years long postgraduate course in which you train yourself while working in one of the several Hospitals in Ciudad de Buenos Aires. It involves education and research activities. Also, it includes rotation periods through a variety of services and working groups in the Hospital, in which health assistance, prevention and promotion actions are performed.*

*This piece of work has the aim to deepen and question some significant inquires, experiences and interventions developed along our rotation process. We feed them with theoretical material to improve our point of view and to promote critical thinking about it. In order to do it we use intervention reviews from our field notes.*

*We intend to describe and analyse, from a Social Work disciplinary view of health promotion and prevention, reflexive and interventive contributions registered in the interviews. On this purpose, we take singularity approach, care and gender perspective as our reference to provide a wider way of understanding sexual health.*

*Key words: Prevention and promotion, gender perspective, singularity approach and care.*

## Introducción

El siguiente trabajo se realiza desde la Residencia de Trabajo Social dependiente del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, en el marco de una rotación por el Centro de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CEPAD) de un Hospital General de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el período que comprende desde junio del 2017 a mayo del 2018 inclusive.

La Residencia de Trabajo Social del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires es una

formación remunerada de postgrado en servicio, dentro de diversos efectores públicos de salud. En la misma se prevé la realización de tareas asistenciales, de promoción de la salud y prevención de enfermedades, actividades formativas (capacitaciones, participación en congresos y jornadas, ateneos, cursos, etcétera), de investigación y/o producción de trabajos científicos.

Las rotaciones se tratan de períodos determinados de inserción en diversos equipos y/o servicios dentro de los efectores, para desempeñarse profesionalmente, así como adquirir conocimientos y realizar aportes desde la disciplina.

Este trabajo tiene como objetivo profundizar y problematizar algunas inquietudes, experiencias e intervenciones significativas desarrolladas a lo largo de la rotación, alimentadas con materiales teórico-conceptuales que permitan complejizar nuestra mirada e invitar a la reflexión.

Nos proponemos describir y analizar los aportes reflexivos e interventivos en las entrevistas realizadas, desde una mirada disciplinar del trabajo social sobre la prevención y promoción y desde una perspectiva de género. Para tal fin utilizaremos viñetas de intervención extraídas de nuestros cuadernos de campo así como de los registros de entrevista del dispositivo.

En un principio realizaremos una breve caracterización del dispositivo CePAD y de las particularidades de este en el Hospital Tornú. Posteriormente desarrollaremos los aportes posibles desde el enfoque de la singularidad en trabajo social, así como el abordaje desde la mirada del cuidado en salud. En el siguiente apartado reflexionaremos sobre los aportes de la perspectiva de género en un dispositivo que trabaja salud sexual. Por último presentaremos algunas reflexiones de cierre.

## Breve caracterización de los CEPADs

El CEPAD es un dispositivo que funciona en diversos hospitales y centros de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Fue creado en el año 2000, dependiendo de Coordinación Sida (hoy Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS). El objetivo general que se estableció era “disminuir la transmisión de VIH a través de la prevención, asesoramiento y el diagnóstico voluntario, favoreciendo la accesibilidad de las personas a estas instancias en un espacio de confidencialidad y autonomía. (Coordinación SIDA, 2005, pp 10)” Se establecieron como objetivos específicos:

- Promover el testeo voluntario en un marco de confidencialidad y autonomía.
- Promover el uso y garantizar la entrega de preservativos atendiendo a las determinaciones culturales y subjetivas que dificultan su utilización.
- Promover la prevención de la transmisión vertical.
- Promover la reducción de daños en usuarios de drogas y en personas que viven con VIH.
- Orientar y apoyar a las personas que viven con VIH en la gestión de su diagnóstico, realizando los asesoramientos y derivaciones que fueran necesarios para

cada persona.

- Articular la prevención del VIH-Sida en espacios formales e informales de la vida social, potenciando las acciones mediante el trabajo articulado con otras instituciones y grupos (Coordinación SIDA, 2005).

Los CEPADs constituyen una estrategia de prevención para facilitar el acceso al testeo voluntario, contando con un espacio de asesoramiento anterior y posterior a la realización del mismo. Se prevé que la atención sea brindada tanto por profesionales de la salud de distintas disciplinas como por promotores de salud capacitados para tal fin.

## Modalidad de trabajo del CEPAD del Hospital de pertenencia

El CEPAD del Hospital funciona desde el año 2006 y en la actualidad realiza entrevistas pre y post test, entrega de resultados solicitados desde otros servicios del hospital, test rápido de VIH y derivaciones a los servicios correspondientes en caso de resultados positivos. Además desde el año 2008 este dispositivo solicita el test, entrega resultados y asesora sobre sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C.

La entrevista pre-test se trata de una entrevista que se realiza antes de efectuar el test completo, con el fin de explicar de qué se trata el dispositivo, trabajar sobre los motivos de consulta e inquietudes de las personas, informar sobre el test que se brinda y asesorar sobre infecciones de transmisión sexual y cuidados. El test completo incluye estudios de HIV, sífilis, Hepatitis B y C. Los resultados se entregan en 48hs. Además incluye una entrevista posterior para dar los resultados y reforzar cuestiones surgidas en la primera consulta. Se realiza los lunes y miércoles de los días de rotación de la residencia. Asimismo, existe otra modalidad de acceso al dispositivo a través de la derivación de otros servicios del hospital. En esta situación, los profesionales primero emiten una orden para que los sujetos realicen los estudios de ITS en el laboratorio del hospital y, luego de ello, retiren los resultados por el CEPAD. En estos casos, se realiza una entrevista con la entrega de resultados que tiene la particularidad de que las personas que acuden solamente tienen la idea de que van a retirar el resultado y firmar una planilla de constancia por la entrega de los estudios, es decir que no se esperan el marco de intercambio. En este sentido, se realiza un espacio de diálogo que amplía lo que la persona está interesada o dispuesta a abrir en

esa instancia. Como puntos mínimos se intenta transmitir información respecto de las vías de transmisión y el período ventana. Si la persona lo desea, se trabaja con más profundidad otros ejes del dispositivo.

La entrevista en el marco del test rápido incluye dos encuentros, uno en el cual se realiza el test y otro en el cual se entrega el resultado. Se realiza todo el procedimiento en el mismo día. Esta entrevista suele estar atravesada muchas veces por cierta tensión en torno a que las personas que se acercan presentan urgencia de recibir el resultado por diversos motivos (situaciones de exposición, dificultades para retirar los estudios otro día, etc.). La posibilidad de brindar el resultado inmediatamente permite elaborar o trabajar esa tensión o angustia, a partir del despliegue de los motivos que la generaron, transmitir información vinculada a la prevención de las ITSs y sobre el cuidado del cuerpo.

Por último en los casos en los que el resultado del test da positivo se realiza una articulación con los Servicio de Infectología y Laboratorio del hospital, para realizar una derivación cuidada de la persona. Además, se abordan aspectos generales del VIH, como son el funcionamiento de virus, la diferencia entre VIH y sida, el tratamiento, los derechos de las personas que tienen VIH, se trabajan representaciones sociales<sup>1</sup> sobre las ITSs, etcétera.

### **Perspectiva de la singularidad en las entrevistas del CePAD: una forma de construir el vínculo con las personas que se atienden en el dispositivo**

Para recuperar las experiencias de intervenciones desde una mirada disciplinar y desde la perspectiva de género presentaremos a continuación el análisis que realizamos desde diferentes categorías.

Partimos de la perspectiva de la singularidad (Cazzaniga, 1997) que entiende a lxs sujetxs como un entrecruzamiento de aspectos universales, particulares y singulares: es decir valorando la condición humana en sí misma, con derechos y capacidades; comprendiendo que cada sujetx está condicionado por su contexto social, su

inscripción en el proceso de trabajo, su modo de vida, la historia familiar y social, etcétera; y valorando lo singular como "el aspecto que da cuenta de la individuación del sujeto como ser único e irrepetible, su configuración subjetiva; se trata del "es" como síntesis" (Cazzaniga, 1997: 8)

¿Qué implica trabajar desde la singularidad en un dispositivo de prevención como es el CEPAD? Implica partir de las preocupaciones expresadas por las personas que se acercan al dispositivo para construir en esa entrevista un puente entre la información general sobre prevención de ITS y promoción de la salud que se puede brindar desde el equipo de salud, buscando establecer mediaciones con la vida cotidiana de esas personas. Para reflejar esta perspectiva, tomamos las situaciones de dos mujeres que se presentaron en la atención.

"N (mujer de 33 años) concurre a hacerse el test, porque a la ex pareja de su pareja actual le diagnosticaron VIH, sin embargo su preocupación rondaba más en torno a que se encontraba en búsqueda de un embarazo y esa semana ovulaba y quería mantener relaciones sexuales sin uso de preservativo para tal fin. No estaba especialmente preocupada respecto de la posibilidad de haberse infectado. La mujer solicita el test rápido, y cuando se entera que ese día no se realiza se angustia mucho. Desde el equipo, se articula para realizar un test rápido debido a la posibilidad efectiva de transmisión y la angustia que presentaba la mujer respecto a la interrupción de la búsqueda del embarazo. Luego del resultado, se estableció una nueva entrevista, en la cual la mujer ya estaba más tranquila. Se conversa sobre la importancia de que su pareja se realice el test por la existencia de parejas cero discordantes y se refuerza sobre la importancia de utilizar preservativo hasta ese momento, posponiendo la búsqueda del embarazo. En el intercambio se trabajó junto con la mujer, la importancia del cuidado de su cuerpo y la espera en la búsqueda de un hijo."

"L (mujer de 33 años) viene a hacerse el test porque se enteró que su pareja consume cocaína y le preocupa que tenga relaciones sexuales sin uso

1. Tomamos el concepto de representación social de Jodelet (1986) quien lo define como "(...) una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común (...). Las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientadas a la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. (...) La caracterización social de los contenidos o de los procesos de representación ha de referirse a las condiciones y los contextos en los que surgen las representaciones, a las comunicaciones mediante las que circulan y a las funciones a las que sirven dentro de la interacción con el mundo y los demás". (pág. 474)

de preservativo por fuera de la pareja cuando consume. Está shockeada, refiere que no se lo esperaba ya que él trabaja como maestro. Le solicitó a su pareja que se haga el test pero él dice que no quiere y que está sano. Comenta que si él se enterara que está en el CEPAD no le gustaría. Refiere además que no puede dejar de verlo, aunque quisiera. En la entrevista pre test se trabaja sobre las representaciones de las personas con VIH, uso de preservativo y autonomía en las decisiones sobre el cuidado. En la entrevista posterior al test se indaga si existen otras situaciones cotidianas en las que tenga dificultades para negociar con su pareja. Refiere que sí, que él a veces es agresivo verbalmente cuando consume. Se brinda orientación en lugares de acompañamiento para estas situaciones, ubicándolas como violencia de género, y también se trabaja el impacto sobre las redes socioafectivas de las personas que consumen. L finaliza la entrevista diciendo que va a intentar hablar con él para que se haga el test al día siguiente y sino, va a consultar en alguno de los espacios de acompañamiento”.

En la primera entrevista la preocupación principal giraba respecto a la búsqueda del embarazo y en la segunda en relación al impacto de lo inesperado del consumo de su pareja y las dificultades de negociación con esta sobre el cuidado en las relaciones sexuales y en otros ámbitos cotidianos. Lo que intentamos reflejar con estos dos ejemplos es que es necesario en principio abordar la angustia o preocupación que traen las personas al momento de la entrevista para comprender cómo las prácticas sexuales se inscriben en un proceso más amplio atravesadas por diferentes condicionantes y cómo ello se manifiesta en la vida cotidiana de las personas. En línea con ello, partir de la preocupación, las necesidades y escuchar la inquietud de las personas al momento de la entrevista, nos lleva a trascender prácticas institucionalizadas que se centran sobre la situación puntual en la que hubo exposición y en brindar información esquemática sobre las vías de transmisión posibles y las formas de prevenir las ITSs descontextualizada de las situaciones singulares de lxs sujetxs.. En este sentido Merhy (2016) explica sobre la mirada de integralidad, que se centra en la demanda y necesidades de las persona y los colectivos con el fin de resignificar aquellas prácticas instituidas y realizadas de manera automática o protocolizadas por los equipos de salud. Partiendo desde esta perspectiva, consideramos que intentar incluir en las intervenciones una mirada desde el cuidado, que se centre en las necesi-

dades particulares de las personas, nos permite entender la sexualidad y los cuidados enmarcados en un contexto particular de relaciones interpersonales, posibilitando trabajar la prevención y la promoción del cuidado en las prácticas sexuales de forma singular.. En las entrevistas descriptas, resultó indispensable tener una escucha adecuada y trabajar sobre las necesidades que planteaban las mujeres, para que ambas estén disponibles para escuchar y trabajar otras variables necesarias en torno al cuidado y la autonomía sobre su cuerpo.

El equipo de salud cuenta con capacitación sobre información concreta y protocolizada respecto del VIH y las otras ITSs que, desde una perspectiva de promoción y prevención, es necesario transmitir: período ventana, vías de transmisión, funcionamiento de los virus, síntomas, uso de preservativo, pareja cero discordante, representaciones sociales sobre las personas con VIH, etc. Esta información tiene valor en tanto el acceso a la misma por parte de las personas que se acercan al dispositivo pueda ser una herramienta importante para que la toma de decisiones respecto a las prácticas sexuales tenga mayores grados de autonomía. No obstante la misma puede adquirir un carácter normativo, en tanto sea transmitida de manera descontextualizada, sin tener en cuenta la vida cotidiana de cada persona, las relaciones que establece, su vínculo con el ejercicio de la sexualidad, etc. Si bien las formas de entrevista protocolizadas reducen la aparición del drama, los grados de angustia y la incertidumbre para el equipo ante todo aquello desplegado, producen formas de prevención y promoción poco eficaces (Good, 1996). Es decir es necesario en la intervención que esta información se brinde teniendo como eje, el cómo se manifiesta y se pone en juego en la vida particular de cada persona para que sea eficaz. En este sentido, Merhy (2016) expone que “si orientamos nuestra práctica por las rutinas y los protocolos, aunque sean necesarios para la organización del trabajo, corremos el riesgo de endurecerlo, enyesarlo, formatearlo de tal modo que eliminamos toda la espontaneidad, la creatividad, limitándonos a un trabajo muerto” (pág. 117).

Asimismo, poder incluir la particularidad de la vida cotidiana de la persona atendida, en parte se trata de que la misma participe del abordaje y de su proceso de salud, incluyendo sus saberes, deseos y experiencias (Merhy, 2016). Partir de que la otra persona atendida es un interlocutor válido en la relación y el encuentro que se genera dentro de la consulta, es una de las cuestiones que diferencia un abordaje desde el cuidado en oposición al paradigma médico que se centra en síntomas y

signos únicamente para llegar al saber válido. Generar un vínculo de confianza y cuidado, sin criminalizar o desvalorizar las experiencias y las estrategias de cuidado que haya desarrollado, de hecho tomando en cuenta las mismas, evita que desde los equipo de salud se realicen prescripciones de cuidado que no son tomadas. Esto beneficia en el sentido que la persona vuelva al dispositivo ya sea por una nueva consulta o a retirar sus resultados, así como también la construcción de estrategias de cuidado en conjunto dentro de la consulta, potenciando la adherencia a las mismas. En este sentido, Merhy (2016) explica que "(...) el reconocimiento de lo diferente y singular del otro en su forma de vivir, de pensar, de estar en el mundo, de desear como productor de vida y de otros saberes. Se trata de dejarse afectar por el encuentro para construir, juntos, las estrategias cuidadoras que, desde esta perspectiva, serán integrales" (pág. 120). El reconocimiento de ese otro es la base de la accesibilidad, entendida como "una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse (Stolkiner)". Implica poner la mirada no sólo en las posibilidades de utilización o no de los servicios, sino en la calidad del vínculo que se construye entre el equipo y las personas que concurren al dispositivo. Otro punto que queríamos resaltar es que esta perspectiva de abordaje desde la singularidad y el cuidado, permite trabajar sobre la sexualidad en sus múltiples dimensiones. Como vemos en las viñetas señaladas la prevención y promoción del cuidado en las prácticas sexuales se ve atravesada o (condicionada) por cuestiones de género, entre otras. En lo relatado anteriormente las dos mujeres traían dos preocupaciones diferentes sobre los roles sociales de género, una respecto a la posibilidad de maternar y otra respecto a lo que espera de una pareja y la relación con la misma. En relación con ello, tomamos la perspectiva aportada por Lamas sobre la categoría de género (2007) como un "conjunto de creencias, prescripciones y atribuciones que se construyen socialmente". Es decir, desde esta postura, el género engloba las simbolizaciones culturales construidas en torno a los atributos biológico-anatómicos, a los que se le asigna como correlato actitudes y conductas prefijadas para hombres y mujeres. Asimismo, tomamos la categoría de interseccionalidad que explica que "(...) el género no opera autónomamente como determinante de la salud, sino que lo hace en articulación con otros condicionantes de la estratificación social, entre los que se destacan la clase social, la etnia/raza y la edad (Esteban, 2006; Sen, George y Ostlin, 2005) (...) la accesibilidad a los sistemas de salud deben analizarse entonces desde la in-

tersección de las múltiples desigualdades que generan los referidos condicionantes; intersección en la que se albergan, ocultan y justifican los procesos de construcción de las hegemonías" (Pombo, 2012: 3). Es decir, las posibilidades de cuidado, como la negociación del uso de preservativo, de testeo de ambas personas dentro de una pareja, entre otros acuerdos que pueden realizar las personas en sus relaciones se encuentran condicionadas por estos múltiples atravesamientos.

La mirada de integralidad en salud parte de tomar en cuenta a la persona y sus decisiones, como también estos atravesamientos. Si bien el dispositivo permite mantener un encuentro acotado en el cual se intenta trabajar en construir un vínculo con esa persona, se pueden realizar otras articulaciones dentro y fuera del hospital con el fin de generar accesibilidad. Respecto a la accesibilidad dentro del sistema de salud, la idea que proponemos es poder flexibilizar el dispositivo dentro de las posibilidades a la urgencia del momento. En la primera viñeta presentada se evaluó articular con laboratorio para realizar un test rápido por fuera de los días establecidos para ello. En la segunda, se detectó en la entrevista con la mujer que no se trataba de un evento aislado, sino que se trataba de una situación de violencia de género, ante lo cual se orientó sobre las líneas de acompañamiento disponible.

#### Profundizando en los aportes de la perspectiva de género a la atención

Tomando los aportes de Gabriela Pombo (2012) entendemos a la categoría género como "un ordenador social que moldea las subjetividades a través de normas, valores, símbolos y prácticas que prescriben expectativas diferenciales sustentadas en la diferencia sexual" (pág. 2). Son estas matrices de socialización de género, las que inculcan y condicionan a internalizar pautas de comportamiento esperadas para cada sexo, las que influyen y constriñen los procesos de construcción identitaria y subjetiva de las personas, sustentados en un corpus de representaciones sociales en torno a las masculinidades y feminidades.

Los discursos acerca de la superioridad de los hombres sobre las mujeres, en principio, se tejen alrededor de una justificación meramente biológica, no obstante, los mecanismos de poder ejercidos sobre los cuerpos femeninos, encuentran fuerza simbólica en los mitos y estereotipos circulantes sobre la asimetría entre sexos, que contribuyen a legitimar un orden social desigual e injusto para las mujeres.

La mirada puesta en las relaciones de género nos brinda la posibilidad de problematizar cómo hombres, mujeres y otras identidades disidentes poseen capacidades diferenciales y desigualdades para el ejercicio autónomo de la sexualidad. En nuestra experiencia la posibilidad de pensar particularmente las negociaciones entre hombres y mujeres del uso de preservativo en parejas heterosexuales<sup>2</sup>, nos permitió a lo largo de la rotación identificar situaciones de violencia de género y realizar intervenciones al respecto en el marco de las entrevistas.

Entre ellas queremos señalar la siguiente viñeta de intervención:

“E concurre a realizarse un test rápido. Comenta que es la segunda vez que vuelve, porque estaba en período ventana. Refiere haber tenido nuevamente relaciones sexuales sin uso de preservativo, por lo cual estaba nuevamente en período ventana. Al entregarle el resultado, le preguntamos si podía negociar el uso de preservativo con quien mantenía relaciones. Comenta que se encuentra viviendo con su ex y que él no se va de la casa, tampoco puede negociar el uso de preservativo. Se refuerza su derecho a decidir sobre su cuidado y se brindan datos del servicio social”

Respecto a la identificación de esta situación como una situación de violencia basada en el género, tomamos la Ley Nacional 26485/09 de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, que define:

“toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como también su seguridad personal. (...) Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción, omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón.”

Pensando en cómo definir la violencia, retomamos a Alegre (2018), quien plantea que: “La violencia cons-

tituye una forma de ejercicio de poder en el marco de las relaciones desiguales, donde una persona se cree con derechos de conservar privilegios sobre el/la otrx. El/la que ejerce violencia rompe el respeto mutuo, se pierde la intersubjetividad de las relaciones humanas, ya que implica una anulación de la otredad, es decir una deshumanización, descalificación, no reconocimiento de la otra persona como tal.”

A su vez, entendemos que el ejercicio de la violencia mina las posibilidades de tomar las decisiones autónomas de las mujeres respecto de su salud sexual y reproductiva. En las entrevistas identificamos las dificultades de negociación del uso de preservativo como un posible indicador de una situación de violencia de género y a su vez nos lleva a indagar en relación a si existen situaciones de violencia no sólo respecto del ejercicio de la sexualidad, sino también otros tipos de violencia.

En la viñeta seleccionada, la mujer no expresó directamente la situación respecto a su ex pareja, pero hubo una identificación de tres aspectos de ese primer encuentro que nos llevaron a indagar: por un lado la gestualidad de la mujer, su tensión corporal; por otro lado que estuviera nuevamente en período ventana, siendo que tenía información respecto a poder evitarlo; por último la urgencia en la realización del test rápido y el alivio al recibir el resultado negativo.

Es a partir de ese alivio que se pudo indagar respecto del uso de preservativo y que la mujer relatara su situación cotidiana respecto de su ex pareja. Esto brindó la posibilidad desde el equipo de explicitar que la situación que vivía era una situación de violencia de género, que ella tenía que ser protegida en el marco de la legislación vigente, trabajar representaciones sociales respecto de las relaciones de pareja, y orientar respecto a dónde acudir en caso de querer solicitar intervención por parte de algún organismo público.

Las posibilidades de trabajar la situación de violencia con esta mujer estuvo dada por la dinámica del test rápido, en la cual se dan dos entrevistas casi simultáneas, antes y después del testeo. Esto permite acordar qué cuestiones son necesarias profundizar en el segundo encuentro, pero a su vez parte ya de un conocimiento mutuo con la persona atendida, que le permite desple-

2. En el CEPAD se presentan personas con diversas identidades de género y elecciones respecto de sus sexualidades, en las que se pudo problematizar respecto del uso de preservativo y las negociaciones del mismo en el marco de las relaciones sexuales. No obstante particularmente en las parejas heterosexuales se pudieron identificar varias situaciones de violencia, motivo por el cual nos centramos en ellas.

gar cuestiones vinculadas a los sentidos singulares que tiene el testeado para cada persona.

A veces, los sentidos y los relatos que se despliegan en relación al testeado exceden los límites del dispositivo, en el marco de sus objetivos propuestos. No obstante creemos por un lado que como profesionales de la salud, tenemos un compromiso ético político de abordarlos y, por otro lado, que no se puede pensar en políticas de promoción de la salud sexual y reproductiva por fuera de las relaciones de género, y que en ese sentido son parte del mismo dispositivo.

Otra situación plausible de analizar que se presentó es la siguiente:

“B concurre a consulta un miércoles traída por su madre, quien trabaja en el hospital. Su madre nos pregunta si realizamos testeado de ITSs y cuando le contestamos afirmativamente, nos dice “entonces se las dejo”, empujando a su hija al interior del consultorio y cerrando rápido la puerta. B comenta que viene a hacerse el test rápido porque el sábado apareció en la vía pública zona del Obelisco caminando sola, con marcas de pinchazos en la espalda y sin sus pertenencias personales. Lo último que se acuerda es que había estado con unos amigos en un boliche y no sabe qué fue lo que sucedió en ese lapsus de tiempo. Había consultado a personal del hospital conocidxs de su madre, pero no se acordaba si tenían especialidad médica. En esa consulta no había recibido atención por protocolo de violencia sexual. En la entrega de resultados charlamos con B. sobre la posibilidad de articular con el equipo de salud mental de la guardia para que tenga otro tipo de acompañamiento y contención y facilitar que se realice un chequeo clínico completo. Comenta que lo que le preocupa es el VIH. Se recita para dentro de un mes con el fin de descartar período ventana”.

En esta viñeta se puede ver como la mujer queda revictimizada como culpable ante la situación de violencia vivida por la propia familia y el personal de salud que la atendió anteriormente, sin brindarle la atención y contención necesaria. En esta línea, tratamos de elaborar estrategias de intervención que pudieran por un lado ubicar la situación vivida como una situación de abuso sobre su persona, y en ese sentido desnaturalizar la culpabilización ejercida sobre ella. Por otra parte, rea-

lizamos una articulación con la guardia, para que realicen un abordaje integral de su salud, que implique una mirada clínica y desde el equipo de salud mental sobre la situación. No obstante, cuando se lo propusimos a la mujer, ella planteó no querer, que su interés estaba puesto únicamente en el VIH. En este sentido, retomamos uno de los ejes centrales desde los cuales se piensa el dispositivo que es el de autonomía: implica reconocer las capacidades y percepciones de los sujetos desde una perspectiva que valore el derecho a la elección (Luna y Salles). En el marco de la entrevista, le comentamos los motivos por los cuales considerábamos la derivación, pero respetamos su mirada respecto a lo vivido y cómo quería y podía en ese momento tramitarlo: “quiero resolver esto y olvidarme”.

## Reflexiones finales

El ejercicio de la sexualidad no puede pensarse escindido de las relaciones sexo-genéricas que se establecen en las personas y los contextos socio-económicos y culturales en los que estas se desarrollan. En este sentido, consideramos que si bien el derecho a acceder a la información y la problematización de representaciones sociales al respecto es un punto fundamental para la prevención del VIH e ITSs, es fundamental poder abordarla desde el punto de vista de la singularidad. Esto requiere primero valorizar la palabra de las personas como una significación válida de sí mismas y sus experiencias. A partir de allí, poder trabajar la información que posee el equipo de salud a través de la construcción de un puente que conecte a la misma con las urgencias, expectativas, sufrimientos y angustias que pueden traer las personas. A su vez, es necesario un abordaje que pueda conectar estas vivencias únicas y personales con procesos más amplios en términos sociales, culturales, económicos, educacionales, etc. En clave con esto, desde nuestro posicionamiento ético político, consideramos esencial y fundamental poder articular dentro del equipo, con otras disciplinas, servicios y sectores con el fin de abordar los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado de manera integral.

Por último, en relación a la perspectiva de género, entendemos que es primordial para pensar en las formas de ejercicio de la sexualidad, en el marco de relaciones de poder desiguales. Una mirada atenta a esto puede operar detectando situaciones de violencia entre personas, especialmente de hombres hacia mujeres, y brindar un abordaje que pueda alojar los relatos de las mujeres

y devolverles la validez de su mirada. Particularmente encontramos un punto de partida para trabajarlas en las negociaciones respecto del uso de preservativo. A su vez, entendemos que para prevenir el VIH y las ITSs, necesariamente requerimos construir sexualidades más libres y autónomas.

## Bibliografía

- Alegre, N. (2018). *Las violencias como transversalidad en los dispositivos de inserción*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Residencia de Trabajo Social del Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú.
- Cazzaniga, S (1997) *El Abordaje desde la Singularidad*. En Revista Desde el Fondo. Cuadernillo temático nro. 22.
- Comes, Y. y Stolkner, A. (2005) «*Si pudiera pagaría*»: Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. Anu. investig. [online] vol.12, pp.137-143. ISSN 1851-1686.
- Coordinación Sida (2005) Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD): *Herramientas para su desarrollo*. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Good, B. (1996). «*Cómo la medicina construye sus objetos*». En Good, Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective. (pág. Capítulo 3 ). Cambridge University Press.
- Jodelet, D. (1986) «*La representación social: fenómenos, concepto y teoría*». En Moscovi, Psicología social II. Barcelona. Paidós.
- Luna F. y Salles A. (1996) *Develando la bioética*. Sus diferentes problemas y el papel de la filosofía. En: Perspectivas Bioéticas en las Américas, Año 1, N° 1, primer semestre de 1996, pp.10- 22.
- Merhy, E. y. (2016). *La integralidad desde la perspectiva de cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil*. Salud Colectiva, 113-123.
- Pombo, G. (2012). *La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud*. Disputas por la (des)politización del género. Margen.

