

CONFERENCIA INAUGURAL ACTIVIDADES ACADEMICAS 2013

**Salud sexual y reproductiva en la
agenda de investigación y formación
en Psicología en Uruguay.**

Consideraciones conceptuales, nudos críticos y desafíos.

Alejandra López Gómez

CONFERENCIA INAUGURAL ACTIVIDADES ACADÉMICAS 2013

Salud sexual y reproductiva en la agenda de investigación y formación en Psicología en Uruguay.

Consideraciones conceptuales, nudos críticos y desafíos.

Alejandra López Gómez



**Facultad de
Psicología**

**UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY**



La Facultad de Psicología definió para el comienzo de cada año académico la realización de una conferencia inaugural a cargo de profesores de la Institución.

En el año 2013, la conferencista invitada es la Ps. Alejandra López Gómez, graduada de la Universidad de la República en el año 1989. Especializada en Estudios de Género y Salud Sexual y Reproductiva. Doctoranda en Ciencias Sociales (Facultad Ciencias Sociales, UBA, Argentina).

Es investigadora activa Nivel 1 del Sistema Nacional de Investigadores. Profesora adjunta de la Facultad de Psicología en el Instituto de Psicología de la Salud donde se desempeña como Directora desde 2010.

Fue encargada de la Unidad de Apoyo a la Investigación (2009-2011) y coordinadora de la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género (1999-2010) de la Facultad de Psicología, UdelAR. Integrante del Consejo del Global Forum for Health Research (2004-2010).

Ha integrado las delegaciones de Uruguay a las sesiones evaluatorias de las conferencias del sistema de Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo y sobre la Mujer.

Fundadora e integrante de MYSU (Mujer y Salud en Uruguay). Consultora de organismos nacionales e internacionales en temas vinculados a la salud de las mujeres. Autora de numerosas publicaciones a nivel nacional e internacional en temas de salud sexual y reproductiva, género y derechos.

Alejandra López Gómez
alopez@psico.edu.uy

Salud sexual y reproductiva en la
agenda de investigación y formación
en Psicología en Uruguay.
*Consideraciones conceptuales,
nudos críticos y desafíos*

Alejandra López Gómez

INTRODUCCIÓN

En esta conferencia nos proponemos analizar algunos de los aspectos claves en el proceso de desarrollo conceptual y político de la salud sexual y reproductiva en el país y su integración en la agenda de investigación y formación de la psicología universitaria en Uruguay.

La incorporación de la salud sexual y reproductiva en la vida académica de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, ha ido acompañando -al mismo tiempo que aportando- el tratamiento y visibilidad social y política en nuestro país, de una constelación de temas y problemas de relevancia para la vida, el bienestar y la salud de las personas, el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos en tanto derechos humanos y el desarrollo con equidad y justicia social.

La salud sexual y reproductiva es una agenda amplia y compleja de asuntos vinculados a las sexualidades, la reproducción y la salud, fuertemente enlazada a problemas sociales relevantes con alto impacto en la producción de subjetividades. Incluye tópicos tales como maternidades y paternidades, aborto, violencia de género, VIH y otras infecciones de transmisión sexual, estigma y discriminación, expresiones de las sexualidades, cáncer genito-mamario y de próstata, anticoncepción y esterilidad. Refiere tanto a su atención institucional en los servicios de salud (promoción, prevención, tratamiento) como a su producción en la vida cotidiana, relacionada con las condiciones de existencia-sociales, económicas, culturales y políticas- de las personas, a lo largo de la vida.

Desde nuestra responsabilidad como universitarios/as, hemos generado conocimiento socialmente pertinente en varios de estos temas, para ponerlo a disposición de diferentes actores. Hemos contribuido al debate ético sobre estos asuntos, como base que oriente la formación de los/as psicólogos, en tanto profesionales capaces de intervenir con calidad y solidez técnica, calidez y sensibilidad humana y compromiso ético-político en la defensa y protección de los derechos humanos. Hemos buscado articular nuestro trabajo académico con el que se desarrolla desde otros espacios y ámbitos para impulsar la definición, implementación y monitoreo de políticas públicas, que garanticen el acceso universal a la salud sexual y reproductiva en los servicios de salud.

Los avances son significativos en los últimos años, pero somos conscientes que los desafíos son mayores que los logros que hoy podemos celebrar. La realidad exige redoblar

esfuerzos para generar más y mejor conocimiento sobre problemas persistentes y emergentes en el campo de la salud sexual y reproductiva. Pero también nos desafía a construir estrategias para el acceso democrático al conocimiento.

De lo contrario, el compromiso ético-político y la responsabilidad universitaria con la igualdad y la justicia social será sólo retórica desencarnada de las necesidades y demandas ciudadanas por condiciones de vida digna, respeto y reconocimiento de sus derechos.

CONSIDERACIONES CONCEPTUALES ¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA?

La salud sexual y reproductiva constituye en la actualidad un campo interdisciplinario con un amplio repertorio de objetos de estudio, abordajes y diseños de investigación, metodologías y técnicas de intervención socio-profesional y de acción política. En ella se anudan no sólo aspectos científicos sino sociales, políticos, éticos e ideológicos sobre el cuerpo, las sexualidades, la reproducción y la salud.

La salud sexual y reproductiva tiene una expresión en los servicios de atención institucional de la salud con relación a la atención integral, oportuna y de calidad en anticoncepción y métodos anticonceptivos accesibles; la educación y atención durante el embarazo, parto, puerperio y al recién nacido; la prevención del aborto inseguro, atención institucional del aborto legal y tratamiento de las consecuencias de los abortos de riesgo; la prevención y tratamiento de la infertilidad masculina y femenina; la prevención y tratamiento de enfermedades no infecciosas del aparato reproductor; la información, prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual; la educación para la sexualidad y la salud sexual basada en la promoción de la igualdad entre los sexos, el respeto mutuo y las paternidades y maternidades elegidas; la prevención y atención de la violencia de género y en particular, contra las mujeres y niñas, tales como la mutilación genital femenina u otras formas de violencia sexual.

Pero, la salud sexual y reproductiva no se limita a su atención institucional. Desde una perspectiva ecológica e

integral de la salud, ésta debe ser considerada en tanto proceso y producto ligado a las condiciones sociales, ambientales, políticas, económicas y culturales que determinan la vida cotidiana de las personas y los colectivos humanos, en un tiempo socio-histórico específico.

El aporte de la Psicología de la Salud es relevante al colocar en el centro la dimensión subjetiva implicada en el terreno de la salud, los padecimientos y la enfermedad, buscando analizar cómo la experiencia subjetiva y los significados sobre la salud, las sexualidades y la reproducción se articulan con la estructura social y con las distintas formas de desigualdad social.

Como sostiene Morales Calatayud (1997), la Psicología de la Salud se dedica al estudio de los componentes subjetivos y comportamentales del proceso de salud-enfermedad-atención y le interesa específicamente el estudio de los procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud y su intervenculación con otras dimensiones sociales, económicas, culturales, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud.

Desde esta perspectiva, el enfoque de determinantes de la salud promovida por la Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud, es una plataforma que amerita ser discutida y reconsiderada. La necesidad de revisitar enfoques de creciente peso en la salud pública (como por ejemplo el estudio de los determinantes sociales), es clave para analizar el papel que han jugado las ciencias sociales y humanas en los procesos de clasificación y desclasificación de los determinantes sociales de la salud-enfermedad (Castro, 2011).

Tal como señala Castro:

“Ello implicaría pensar los determinantes sociales en el marco de la relación de subordinación que las ciencias sociales han mantenido con las ciencias biomédicas, sobre todo en el espacio (de acción política) de la salud pública, y en buena medida, en el espacio académico.” Y agrega, “habría que comprender que, dentro del campo médico, los científicos sociales gozan de poca autonomía, mientras que en el campo académico los antropólogos, médicos y los sociólogos de la salud (*nosotros podríamos agregar los psicólogos de la salud*), tienen poco impacto” (2011:57).

Uno de los retos fundamentales para el proyecto universitario en salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de la Psicología de la Salud, es precisamente contribuir a fortalecer teórica y metodológicamente la idea principal de que los sujetos, sus circunstancias y sus derechos, deben estar en el centro del mapa conceptual y práctico de la salud sexual y reproductiva.

Las decisiones, los acontecimientos y las condiciones sexuales y reproductivas de las personas están relacionadas con sus trayectorias biográficas y con los contextos interpersonales situados y producidos en ambientes socio-económicos, culturales y políticos específicos que los producen y determinan.

Tal como sostienen de Francisco, Dixon-Mueller y d'Arcangues (2007):

“La información sobre atributos como la edad, el sexo, el nivel educativo, el estado civil, la raza, la religión y el lugar de residencia que se suelen recoger en las encuestas demográficas y de salud y en otras encuestas poblacionales ofrecen, como mucho, una perspectiva parcial de la situación de una persona en un sistema social determinado. Al colocar a la persona en el

centro de los círculos concéntricos de influencia podemos examinar en primer lugar la naturaleza de sus relaciones íntimas y familiares, incluidas las jerarquías generacionales y sexuales, y su influencia en la capacidad de la persona para tomar decisiones en materia sexual y reproductiva desde la infancia hasta la vejez, pasando por la adolescencia y la edad adulta. Estas estrechas relaciones interpersonales se organizan dentro de un círculo intermedio de estructuras de parentesco e instituciones sociales que, a su vez, se alojan en un círculo exterior potencialmente influyente, formado por las instituciones políticas, las estructuras de poder y las ideologías.” (2007:18)

La salud sexual y reproductiva desde un enfoque de género, derechos y diversidad se ha constituido como un campo de creciente desarrollo y legitimidad académica, social y política. Pero esto no siempre ha sido así. Ello es producto de un largo proceso de trabajo, desde distintos ámbitos y actores, para alumbrar un conjunto de asuntos complejos que históricamente habían sido confinados a la esfera de lo íntimo y privado, despojados de derechos y prerrogativas.

El proceso para su delimitación como campo específico de conocimiento y de acción socio-política no ha estado (ni está) exento de contradicciones y tensiones. Es más, tal como lo hemos sostenido en otras oportunidades, es un terreno de disputa moral, política, ideológica y económica (López Gómez, 2005). A modo de ejemplo, los avances políticos y sociales en el debate sobre la despenalización del aborto voluntario y sobre el reconocimiento y respeto de la diversidad sexual coexisten - en diversos países - con crecientes y sofisticados dispositivos de violencia sexista (violencia doméstica y violencia sexual), estigma y discriminación, homofobias, entre otras manifestaciones de la desigualdad.

¿Por qué esto es así o mejor dicho, por qué deviene así? Pues bien, porque en definitiva la salud sexual y reproductiva remite a temas y problemas que tienen que ver con el cuerpo, la subjetividad y las relaciones sociales, los derechos humanos, las trayectorias y las decisiones sexuales y reproductivas de las personas, sus formas de relacionamiento, sus deseos y anhelos, sus modos de vivir y significar los acontecimientos íntimos que son, a la vez, políticos y sociales. Cuestiones todas relacionadas con el poder, los sistemas de valores, las creencias, las concepciones sobre el ser humano y la sociedad, sobre la vida, la salud y el bienestar.

El reconocimiento de la salud sexual y reproductiva en tanto dimensión relevante en el desarrollo integral de los sujetos y las sociedades, ha estado ligado al intenso y sostenido trabajo de los movimientos sociales, en particular el movimiento de mujeres y feminista, que cuestionó la dicotomía de lo público y lo privado modernos, instituidos socialmente en tanto dos mundos separados y complementarios.

Lo personal es político, proclamaron las feministas en la segunda mitad del siglo XX, una afirmación en clave de consigna basada en desarrollos teóricos, visión política y evidencia empírica generada desde la academia y la acción de un movimiento social fermental e ideológicamente revolucionario. Capaz de incomodar y trastocar el status quo con su cuestionamiento al ordenamiento jerárquico hegemónico, sostenido -entre otras- en la división sexual del trabajo. Orden social que asigna lugares de valoración desigual para mujeres y varones, produciendo injusticia en el acceso a bienes (materiales y simbólicos) y a servicios. Al decir de Fraser (1998), redistribución económica y reconocimiento cultural-simbólico se entrelazan y se hacen imprescindibles para producir procesos de transformación social.

Mundo de lo público, asociado a la vida social, política, la racionalidad, el poder, el éxito personal, el trabajo remunerado, lo masculino, lo productivo: lugar privilegiado de los hombres. Mundo de lo privado, relacionado con la vida familiar, el amor y la afectividad, el altruismo, la postergación personal, el trabajo no remunerado, lo femenino, lo reproductivo: lugar privilegiado de las mujeres. El ordenamiento social moderno basado en las diferencias “naturales entre los sexos”, implicó también nuevas organizaciones eróticas. El sistema de permisos y prohibiciones respecto a la sexualidad varía según se trate de mujeres o varones. Pero también presenta variantes cuando se analiza la intersección entre diferentes formas de opresión y discriminación vinculadas a sexo-género, sector/clase social, raza-etnia, generación, por mencionar las más relevantes¹.

Somos testigos de procesos de transformación de las sociedades hacia nuevas formas de organización social y producción de subjetividades: cambios en los patrones de reproducción biológica y social, en los arreglos familiares, en los lugares socialmente construidos para mujeres y varones, en el des-dibujamiento del significado de lo público-privado moderno, en el surgimiento de nuevos sujetos sociales, de diversas identidades y expresiones de género y étnicas que buscan el reconocimiento cultural y político, al mismo tiempo que observamos la persistencia de desigualdades y exclusión social.

1. El concepto de interseccionalidad refiere a la convergencia e interacción de múltiples estructuras de opresión, permitiendo identificar y analizar la pertenencia de un mismo sujeto a diferentes órdenes y posiciones de subordinación (Crenshaw, 1998).

En este escenario cambiante, los nuevos significados, discursos y posibilidades de ejercicio de la sexualidad cuestionan, disputan y contribuyen a transformar ciertos mandatos y consensos sociales históricamente contruidos. Fisuras en los antiguos vínculos contractuales entre mujeres y varones, así como nuevas expresiones y acuerdos en las prácticas sexuales y (no) reproductivas, son aspectos centrales en este proceso de transformación social, cultural y política.

GÉNERO Y SEXUALIDAD EN LA BASE DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

¿Por qué y para qué se inventó el concepto de género? Esta pregunta por la genealogía del concepto es clave para comprender su sentido para el análisis teórico y político y la acción social transformadora. La generalización del uso del concepto, el vaciamiento de su sentido político original y/o su naturalización (como si el concepto siempre hubiera estado allí) generan un efecto de debilitamiento en su eficacia política y analítica.

La elaboración del concepto de género y su expansión en tanto categoría analítica potente -y herramienta metodológica y política eficaz para analizar la desigual posición de mujeres y varones- posibilitó otorgar carácter cultural e histórico a asuntos considerados hasta entonces como naturales y basados en impulsos biológicos. Fue un aporte central del feminismo que permitió desmontar los supuestos desde los cuales se sostenía la producción de conocimiento, basado en un modelo androcéntrico de la ciencia.

Surgen primero los Estudios de la Mujer a los cuales se los puede considerar como una corriente interdisciplinaria con una variedad de marcos teóricos y metodológicos, con el objetivo principal de dar visibilidad a la condición de las mujeres en la sociedad. Mediante estos estudios se permitió desocultar el lugar histórico en el que habían sido ubicadas social y subjetivamente las mujeres, los efectos de privación, padecimiento subjetivo y sujeción a lo privado, al mismo tiempo que cuestionaron la retórica pretendidamente universalista de la ciencia (Bellucci, 1992). Posteriormente, tendrán lugar los

Estudios de Género, hacia la década de los ochenta, los cuales se abrirán a una construcción de sentido sobre la producción social de la diferencia sexual, tomando lo intrasubjetivo y lo relacional como campo de análisis. La categoría de género se torna hoy indispensable en el análisis social, político, subjetivo, económico, cultural².

Según la perspectiva de Joan Scott (1996):

“El género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder. (...) Como elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias percibidas entre los sexos, el género comprende cuatro elementos interrelacionados: primero, símbolos culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples (y menudo contradictorias) pero también mitos de luz y oscuridad, de purificación y contaminación, inocencia y corrupción. (...) Segundo, conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos, en un intento de limitar y contener sus posibilidades metafóricas. Tercero, el género se construye a través del parentesco, pero no en forma exclusiva; se construye también mediante la economía y la política que, al

2. En los años 90, el concepto de género ganó legitimidad académica, la dominación entre los géneros pasó a ser concebida como dimensión estructural en el análisis social, cultural, económico y político aunque ello no se verifique aún hoy en todos los campos académicos. Para una lectura inicial se recomiendan los textos clásicos del Feminismo de la segunda ola: Gayle Rubin, (1984, 1986), Joan Scott (1986,1996) y Martha Lamas (1986, 1996). El llamado pos-feminismo realizó una crítica radical a las teorizaciones, prácticas y agendas del feminismo de la segunda ola, en particular a ciertas formas esencialistas y universalistas sobre el ser mujer y ser hombre. En este marco se encuentra el feminismo post-estructuralista que tiene en Judith Butler una de sus principales expositoras. Si bien, en el marco de la radicalización teórica debemos incluir también otros nombres como la propia Rubin y varios autores de las teorías de la sexualidad.

menos en nuestra sociedad, actúan hoy día de modo ampliamente independiente del parentesco. El cuarto aspecto del género es la identidad subjetiva. Estoy de acuerdo con la formulación de la antropóloga Gayle Rubin de que el psicoanálisis ofrece una teoría importante sobre la reproducción del género, una descripción de la "transformación de la sexualidad biológica de los individuos a medida que son aculturados" (...) La primera parte de mi definición de género consta, pues, de esos cuatro elementos y ninguno de ellos opera sin los demás. (...) La teorización del género, sin embargo, se desarrolla en mi segunda proposición: el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder. Podría mejor decirse que el género es el campo primario dentro del cual o por medio del cual se articula el poder." (1996: 289)

El sociólogo francés Pierre Bourdieu (2000), apunta en una misma dirección:

“La fuerza del orden masculino se descubre en el hecho de que prescinde de cualquier justificación: la visión androcéntrica se impone como neutra y no siente necesidad de enunciarse en unos discursos capaces de legitimarla. El orden social funciona como una inmensa máquina simbólica que tiende a ratificar la dominación masculina en la que se apoya: es la división sexual del trabajo, distribución muy estricta de la actividades asignadas a cada uno de los dos sexos, de su espacio, su momento, sus instrumentos; es la estructura del espacio, con la oposición entre el lugar de reunión o el mercado, reservados a los hombres, y la casa, reservada a las mujeres, o, en el interior de ésta, entre la parte masculina como del hogar, y la parte femenina, como el establo, el agua y los vegetales; es la estructura del tiempo, jornada, año agrario, o ciclo de vida, con los momentos de ruptura, masculinos y los largos períodos de gestación, femeninos. El mundo social construye el cuerpo como realidad sexuada y como depositario de principios de visión y de división sexantes.” (2000:22)

Un aporte fundamental de varios autores, es la distinción entre sexualidad y género, o sea un esfuerzo de desconstrucción de la fusión entre esos dos dominios. Fue necesario pensar sexualidad y género como esferas distintas de construcción discursiva y normativa, en particular, de las prácticas sociales (y sexuales). Este giro ha desestabilizado de manera radical las categorías mismas de mujer y hombre y tiene su importancia al rescatar los sentidos múltiples, complejos, y subversivos del género como concepto que articula sexo, deseo, práctica sexual, dinámica social y política (Correa, 2003).

Desde estas perspectivas, se posibilitaron nuevas conceptualizaciones y abordajes complejos e integradores de la relación entre sexualidad y poder. Las relaciones de poder estructuradas y construidas social y culturalmente no sólo organizan las relaciones entre hombres y mujeres, sino también entre diversidad de mujeres y entre diversidad de hombres. En acuerdo con Dixon-Mueller (1993), no es posible pensar la democratización en las relaciones entre hombres y mujeres – y entre hombres y entre mujeres- si no se democratizan sus intercambios sexuales y la matriz que los sustenta basada en la dupla heterosexualidad-homosexualidad, mujer-varón, femenino-masculino, normal-patológico. Tal como señala Figari (2012), se trata de desmontar un contrato social moderno que además de androcéntrico, presupone la heteronormatividad y la subordinación de las mujeres.

Las sexualidades pueden ser comprendidas como procesos complejos de construcción y producción socio-histórica, cultural, subjetiva y política, al mismo tiempo que producto altamente específico de las relaciones sociales, en tanto implica las diversas maneras en que lo sujetos se relacionan como seres sexuados. Al decir de De Barbieri

(1993), en intercambios que, como todo lo humano, son acciones y prácticas cargadas de sentido. Implica pues un análisis minucioso de las diferentes dimensiones implicadas en su producción, así como su adecuada contextualización e historización. Los discursos, prácticas y significados asociados a las sexualidades y sus productos son variables según las sociedades y los tiempos históricos. Incluso al interno de una sociedad pueden presentar alta variabilidad según distintos sectores, grupos sociales y territorios.

Weeks (1996) señaló que la historia de la sexualidad es una historia de prácticas sexuales (eróticas) cambiantes, significados subjetivos, definiciones sociales, sistemas de regulaciones y normativas cuyo único punto en común es la denominación. Todas las sociedades necesitan organizar los intercambios eróticos, todas necesitan delimitar permisos y prohibiciones, límites y posibilidades de organización para la vida erótica. Pero, el punto está en que la regulación de lo erótico en las sociedades tiene una distribución desigual. El sistema de permisos es diferente según se trate de mujeres, de varones, de personas trans, de niños, adolescentes, adultos o adultos mayores. Según se trate de ricos o de pobres, o según el color de piel. La organización erótica no está desvinculada de otros niveles de la organización social. En tal sentido, no sólo es sustantivo el aporte de disciplinas como la historia, la sociología, la psicología, la economía o la política a la comprensión de las sexualidades, sino que cobra importancia el aporte que los estudios sobre la sexualidad pueden hacer a la comprensión de lo histórico, lo social, lo psicológico, lo económico y lo político en las sociedades y en la condición humana.

Desde una perspectiva convergente, los desarrollos de Foucault (1977, 1983, 1984) acerca de la biopolítica han sido fundamentales para las discusiones actuales sobre el cuerpo y la

sexualidad, no sólo para las ciencias sociales y humanas sino a nivel del debate político y social que sostienen, entre otros, activistas defensores/as de los derechos humanos. Nos enseñó que la modernidad occidental instalada desde fines del siglo XVIII implicó el reemplazo del orden religioso por el orden racional del derecho consuetudinario y de la ciencia, para la regulación de la vida en sociedad. En esta estrategia biopolítica, lo sexual y los cuerpos tuvieron un lugar central. El discurso de las ciencias biomédicas reemplazó progresivamente al discurso religioso. Y la figura del médico al sacerdote.

En el S XX, la sexualidad se comienza a instalar como un asunto de interés para la agenda de investigación de las ciencias sociales y humanas, y si bien se registra actualmente una voluminosa y acelerada producción de conocimiento, se trata aún de un campo marginado y poco estructurado a nivel académico. Se la puede considerar como una agenda en construcción teórica, atravesada por las tensiones que se producen en el campo social, interpelada a realizar un análisis permanente de los sesgos que se generan en la identificación y construcción de sus objetos y problemas de investigación, en los diseños metodológicos y en los marcos interpretativos.

Desde una perspectiva crítica de las ciencias sociales y humanas, el concepto de sexualidad no es unívoco. Su delimitación depende de los marcos teóricos, metodológicos, éticos y disciplinarios desde los cuales se la considera. Según Szaz:

“Los estudios sobre las sexualidades pueden comprender los deseos eróticos, las fantasías y un conjunto de prácticas, sensaciones y hábitos que involucran al cuerpo. Pueden referirse también a las relaciones sociales, conjunto de ideas, moralidades, discursos y significados construidos socialmente en torno a los deseos y prácticas eróticas. Pueden comprender, además, las relaciones entre esas ideas y los deseos y prácticas. En las sociedades modernas, pueden referirse también a las

clasificaciones que se asignan a las personas según sus preferencias, así como las autodefiniciones que algunas personas y comunidades hacen de sí mismos a partir de sus opciones sexuales. En síntesis, para este discurso, la sexualidad consiste en un conjunto de relaciones que son específicas histórica y culturalmente. Un comportamiento, un deseo o una fantasía se vuelve sexual a partir de significados socialmente contruidos. Lo que es sexual en una cultura o en un momento histórico, no lo es en otros.” (2004:69)

Los discursos sobre sexualidad son también hechos políticos. Hace ya algunos años, Eva Giberti (1994) alertaba que los discursos acerca de la sexualidad suelen ocultar sistemas de valores que impregnan los niveles de análisis y, en tal sentido, reclamaba la necesidad de identificar los supuestos ideológicos y éticos en los que se sostienen.

Los estudios sobre las sexualidades no constituyen territorio exclusivo de un saber disciplinario, sino campo de múltiples atravesamientos del orden de lo político, lo socio-histórico, lo cultural, lo subjetivo, lo económico, lo jurídico, lo religioso, que requieren un descentramiento epistémico de la idea de objeto de estudio territorializado al patrimonio exclusivo de una disciplina, para abrir este campo a perspectivas complejas y transdisciplinarias (López Gómez, Güida, 2001). Ello exige un trabajo de elucidación crítica, de deconstrucción y reconstrucción al interno de cada campo disciplinario, de cuáles son los supuestos ideológicos y éticos, y las condiciones socio-históricas que posibilitaron y sostienen sus producciones teóricas y sus dispositivos tecnológicos, en lo que al abordaje de la sexualidad se refiere.

Desde esta perspectiva, los aportes y la revisión crítica desde y de las diferentes teorías psicológicas se vuelve - no sólo necesario - sino imprescindible. No hay transdisciplina

posible si los aportes específicos de cada disciplina no son de excelencia y robustos. Pero también importa señalar que no hay transdisciplina posible sin humildad disciplinaria, sin apertura al diálogo, a la cooperación y a la discusión con otros saberes científicos y no científicos. Allí radica su fortaleza y su potencial, en instituir un sistema de reconocimiento al valor diferencial de las contribuciones de cada disciplina y de otros saberes no disciplinarios. Tal como refiere Carrizo (1998, 2011), como indica su prefijo trans, la transdisciplinariedad concierne aquello que a la vez se encuentra entre las disciplinas, a través de las disciplinas y más allá de cualquier disciplina.

Un proyecto transdisciplinario de estudios sobre la sexualidad debe integrar de manera crítica el análisis sobre:

- a. la *dimensión histórica* (sexualidad en tanto construcción y producción histórica);
- b. la *dimensión política* (los discursos en relación a la sexualidad como parte de estrategias políticas de regulación y control social -la biopolítica al decir de Foucault-, la relación entre sexualidad y poder; el análisis de las políticas públicas en sexualidad y salud reproductiva);
- c. la *dimensión cultural* (el universo de significaciones imaginarias y simbólicas en relación al cuerpo y las prácticas sexuales y su efecto en la producción de subjetividades);
- d. la *dimensión social* (como práctica social específica y como escenario de análisis del ordenamiento y las relaciones sociales, el análisis de las distintas formas de desigualdad social);

- e. la *dimensión subjetiva* (la constitución del sujeto psíquico, de las identidades sexuales y de género, los significados subjetivos de las prácticas sexuales en contextos locales específicos y en trayectorias biográficas particulares);
- f. la *dimensión ética y axiológica* (la ética sexual, los sistemas de valores);
- g. la *dimensión biológica* (la infraestructura genética, anatómico-fisiológica y su relación con la construcción social de los cuerpos);
- h. la *dimensión jurídica* (el sistema normativo y su impacto en la protección (o no) de los derechos de las personas).

Hace unos años nos preguntamos ¿cómo generar enfoques en sexualidad integradores de lo diverso, lo multicultural, lo complejo, sin caer en nuevas formas de reduccionismo teórico, en lógicas dualistas, en intolerancias sociales o/y disciplinarias? En aquel momento, decíamos que era necesario que las disciplinas desarticulen los distintos niveles de resistencia a la apertura e integración interdisciplinar así como se tornaba imprescindible revisar los supuestos desde los cuales han desarrollado sus marcos teóricos, metodológicos y técnicos en relación a la sexualidad (López Gómez, Güida, 2001).

Sostenemos que para comprender los significados asociados a las prácticas y decisiones sexuales y reproductivas, necesitamos considerar tanto los sujetos individuales como la organización social y analizar la naturaleza de sus interrelaciones, porque todo ello es crucial para comprender cómo actúa el género y cómo tiene lugar el cambio en las relaciones de poder.

Hemos avanzado en esta dirección, pero aún es necesario profundizar en la reflexión y en la práctica de la formación de profesionales e investigadores/as conscientes de la dimensión política de sus producciones en relación a las sexualidades. Así como analizar los efectos del mismo orden que generan sus discursos. Ignorar o no incluir un análisis de género en el estudio de las sexualidades, es decir ser ciegos/as al género, es una postura no sólo teórica sino política e ideológica que impacta tanto en el desarrollo de la investigación como en las prácticas profesionales, en tanto productores de discursos científicos y técnicos de alta eficacia simbólica y política.

LOS DERECHOS SEXUALES Y LOS REPRODUCTIVOS, CENTRO DEL PARADIGMA DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

En nuestras sociedades parece generar menos incomodidad hablar de salud y reproducción, que de sexualidad y placer (Abracinskas, López Gómez, 2002). Al respecto Petchesky (2002) se pregunta por qué resulta más fácil afirmar la libertad sexual en negativo que en un sentido afirmativo y emancipador; obtener consenso por el derecho a no sufrir abusos, explotación, violaciones, tráfico o mutilaciones, pero no así por el derecho a gozar plenamente del propio cuerpo.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos surgen como resultado de un largo proceso de luchas políticas por el reconocimiento de las sexualidades y la reproducción como asuntos de derechos humanos. Adquirieron estatuto y reconocimiento internacional en tanto tales, a partir de las conferencias del Sistema de las Naciones Unidas de la década de los noventa del siglo XX, en particular la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo ocurrida en El Cairo en 1994 y la IV Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing 1995. De todas formas, se puede rastrear algunos componentes de estos derechos años atrás -si bien no bajo esta denominación- desde la Conferencia de Derechos Humanos realizada en Teherán en 1968.

La lucha por incorporar el campo de las sexualidades y la vida reproductiva al terreno de los derechos humanos se remonta a tiempo atrás. Se puede decir que se inicia a mediados del siglo XX y como acción política de los movimientos sociales.

El término derecho reproductivo fue un aporte del movimiento feminista hacia los ochenta, nominación a través de la cual se propuso ubicar en el campo de los derechos humanos una serie de asuntos vinculados al cuerpo, la salud y la autodeterminación reproductiva de las mujeres. Se buscaba que la experiencia personal fuera comprendida en su raíz socio-histórica, politizando la vida reproductiva. El término derecho sexual surge posteriormente y como estrategia política y construcción teórica de distinción entre sexualidades y reproducción, dos dominios diferentes pero plausibles de ser conectados, deconstruyendo la visión hegemónica heteronormativa de la sexualidad en occidente³.

El concepto de derechos sexuales y de derechos reproductivos entraña un fuerte cuestionamiento al contrato social moderno, al re-significar la dicotomía público-privado, planteando nuevos conflictos para la democracia en la medida que interpelan las estructuras de poder y decisión y postulan una apertura de lo íntimo y personal a la aplicación de derechos y prerrogativas. En tal sentido, al decir de Correa (2003), deben considerarse como parte del debate más amplio sobre la reconstrucción del contrato social moderno, de la discusión sobre ciudadanías y modelos de democracia.

Estos derechos refieren al poder de cada persona para tomar decisiones informadas y autónomas sobre su sexualidad y vida reproductiva, así como a disponer de los recursos (materiales, subjetivos y simbólicos) para poder

3. Son especialmente destacables los ensayos de Correa y Petchesky (1995), Petchesky (2002), Miller (2000-2001) y Vance y Miller (2005) en la conceptualización de los derechos sexuales y los derechos reproductivos como derechos humanos, por mencionar sólo algunos de los aportes sustantivos.

llevar a la práctica esas decisiones de manera segura, efectiva y sin discriminaciones. Para poder ejercer estos derechos con equidad debe estar garantizada la libertad de cada persona para poder decidir (dimensión individual de los derechos) así como las condiciones de justicia para que estas decisiones puedan realizarse y sean respetadas (dimensión social de los derechos) (Correa y Petchesky, 1995).

En tanto parte de los derechos humanos, son interdependientes, integrales e indivisibles de otros derechos. Al decir de Petchesky (2002): “si no fuera así, ¿cómo puede una persona actuar responsablemente como ciudadana y como miembro de un grupo familiar y de una comunidad si su cuerpo y su sexualidad son definidos y controlados por otros (esposo, parientes, autoridades religiosas o el Estado)?”

Habitualmente los derechos sexuales y los reproductivos son considerados como un binomio inseparable, pretendiendo asumir que si se garantiza el ejercicio de unos se dará por descontado el ejercicio de los otros. Sin embargo, el deslizamiento de sentido que se produce al homologar sexualidad y reproducción genera que la mayoría de las veces se aborden los derechos reproductivos pero se olviden y olviden los derechos sexuales. Este deslizamiento no sólo invisibiliza la dimensión sexual de las prácticas, sino que da cuenta de la concepción hegemónica de una sexualidad heterosexual confinada a lo reproductivo; promoviendo la idea de la reproducción como el campo principal donde se juega la sexualidad (Abracinskas, López Gómez, 2002).

Las sexualidades y la vida reproductiva pueden estar enlazadas o desconectadas. Para Miller (2001), los Estados tienen la obligación de generar las condiciones necesarias para que las personas puedan ejercer sus elecciones significativas

acerca de si conectar o no la sexualidad con la reproducción. Según esta autora, la idea de los conjuntos desconectados debería permitir, en el marco de las demandas sobre derechos sexuales, atender con igualdad a una más amplia gama de identidades, prácticas y condiciones sexuales que no pueden ser protegidas al tratar a los derechos sexuales como un subconjunto de los derechos reproductivos.

Vance (1984, 1997) y Miller (2001) han advertido lo “peligroso” que puede ser homologar sexualidad con salud sexual. La reducción de la sexualidad al campo de la salud (sexual) genera el riesgo de reproducir la medicalización del cuerpo y de la sexualidad y ubicarla en el terreno de criterios de normalidad/anormalidad o de sano/enfermo. La idea de una sexualidad saludable es un ejemplo de ello o el énfasis en los riesgos sexuales (el enfoque de riesgo) en detrimento de las libertades sexuales, vividas como peligrosas.

En articulación con los principios éticos que sustentan los derechos sexuales y los reproductivos (integridad, diversidad, igualdad, capacidad de ser persona), se encuentran las condiciones facilitadoras para que los mismos sean ejercidos. Estas condiciones refieren al acceso equitativo a los recursos (materiales y simbólicos): información, bienes, servicios, conocimiento. Al decir de Correa y Petchesky (1995), mientras recursos y poder estén distribuidos de manera inequitativa en nuestras sociedades, las dimensiones individuales (libertad) y sociales (justicia) de los derechos, no pueden separarse.

El proceso de conocimiento, reconocimiento, apropiación subjetiva (cognitiva y afectiva), ejercicio y exigibilidad ciudadana de los derechos sexuales y derechos reproductivos es un camino complejo que configura una agenda no sólo de

acción político-social sino de investigación. ¿Qué hacemos con lo que sabemos? ¿Qué con lo que aún no sabemos sobre sexualidades, cuerpo y reproducción biológica y social?

La relación entre conocimiento (y su revisión crítica que lo desanude del poder), políticas públicas y ciudadanía nos interpela en términos de acciones transformadoras. El aporte de la Psicología y en particular de la Psicología de la Salud, en diálogo con otros campos disciplinares, es relevante para el desarrollo de conocimiento con pertinencia social, ético, metodológicamente riguroso y culturalmente adaptado que contribuya, específicamente, al conocimiento de la dimensión subjetiva implicada en la sexualidad, la reproducción y las condiciones para la apropiación y ejercicio de los derechos.

TENSIONES EN EL CAMPO DE LA ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Como hemos señalado, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) marcó un hito en el proceso de reconocimiento internacional de los derechos sexuales y los reproductivos como derechos humanos. Significó un cambio de paradigma en relación al tratamiento histórico de los temas de población, al descentrar estos asuntos de la dimensión exclusivamente demográfica y cuantitativa para introducirlos en el campo del desarrollo, la salud, la educación y los derechos. Como resultado de un intenso, trabajoso y complejo debate, el Programa de Acción de la Conferencia, reafirmó el derecho de las personas a decidir sobre su vida sexual y reproductiva e instó a los Estados en tanto garante de estos derechos, a desarrollar políticas en salud sexual y reproductiva para su protección y promoción, así como a generar los recursos para la atención de la salud, educación e información asequible y de calidad para la toma de decisiones sin discriminación ni exclusiones.

Esta Conferencia tuvo y tiene el valor de compromiso político y ético para los Estados, y su impacto en los escenarios nacionales es hoy materia de análisis y evaluación, a casi 20 años de su realización. En los países de la región, permitió impulsar y reclamar, la definición y desarrollo de políticas en salud sexual y reproductiva basadas en un enfoque de equidad de género, diversidad y derechos. Estas políticas se comenzaron a gestar en Uruguay hacia 1996 (López Gómez, Abracinskas, Furtado, 2009).

En estos años se avanzó en la definición de marcos normativos y en el diseño y puesta en marcha de medidas programáticas tanto en el sector salud como en el sistema educativo. Desde el año 2008, se cuenta con la Ley 18.426 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, la cual puede considerarse un marco general de protección y promoción en salud sexual y reproductiva que blinda un conjunto de normativas y medidas programáticas implementadas en el país desde 1996, al otorgarles un rango jurídico superior. El proyecto aprobado inicialmente por el Parlamento nacional fue vetado por el Poder Ejecutivo en los capítulos referidos a la despenalización del aborto hasta las 12 semanas de gestación, lo cual generó que la Ley 9.763 (de 1938)- que tipifica el aborto como delito en el Código Penal-mantuviera plena vigencia.

En 2012, el Parlamento aprobó una ley sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo, la Ley 18.987, la cual no destipifica el delito de aborto, sino que suspende la pena establecida en el Código Penal, siempre y cuando se cumplan con ciertas condiciones y requisitos. Este asunto no es menor ni desde el punto de vista jurídico ni en su dimensión simbólica. La Ley habilita la interrupción voluntaria del embarazo hasta las 12 semanas de gestación (aborto por decisión de la mujer) o fuera de ese plazo ante situaciones de riesgo de vida y salud grave de la mujer, malformación fetal incompatible con vida extrauterina y violación (para esta última el plazo se extiende a 14 semanas). Las mujeres que cursan un embarazo no deseado deben solicitar, en su servicio de salud, consulta con un/a profesional de la medicina a quien deberán comunicarle su situación de embarazo y sus motivos para interrumpirlo. El profesional procederá a derivarla a entrevista con un equipo multi-profesional integrado por un/a ginecólogo, un/a

profesional de la “salud psíquica” y un/a trabajador social. Este equipo tiene la tarea de brindar información a la mujer sobre distintas alternativas frente a un embarazo no deseado. La mujer dispondrá de un mínimo de cinco días para reflexionar sobre la decisión a tomar. Si mantiene su voluntad de interrumpir el embarazo deberá retornar a consulta con su médico y comunicarle su decisión para acceder al procedimiento (por medicamento o quirúrgico). Todo esto antes que se cumplan las 12 semanas de embarazo.

Los límites de la ley, en particular, el tutelaje de las mujeres al poder e intervención profesional, son un asunto crítico que genera tensiones en la protección de los derechos, al cuestionar la capacidad y autoridad de las mujeres para tomar decisiones acerca de su salud, su vida y su (no) reproducción.

El proceso de legitimación de la salud sexual y reproductiva como campo de ejercicio de los derechos humanos, como propuesta política, ética y teórica ha sido y es un recorrido complejo atravesado por tensiones múltiples: a nivel de los debates sociales, a nivel de la definición e implementación de políticas públicas (incluidas las discusiones por los marcos normativos que la regulen), a nivel de las agendas de investigación, a nivel de los dispositivos de formación y prácticas profesionales, a nivel del ejercicio y exigibilidad ciudadana por los derechos.

En materia de políticas de atención de la salud, el paradigma de la salud sexual y reproductiva ha trastocado los modelos de atención reinantes en el sistema institucional de atención de la salud, basados en el paradigma de lo materno-infantil (López Gómez, Benia, Guida, Conteras, 2003).

El modelo médico hegemónico es caracterizado por el biologicismo, la neutralidad valorativa, el centramiento en la enfermedad y en lo curativo - asistencial, la a-historicidad, el paternalismo y la concentración del saber – poder en la figura del profesional (Menéndez, 1984, 1990, 1991). Este modelo, construido en el marco de condicionamientos de género que están en la base de las prácticas profesionales, ha sido pilar para el surgimiento y desarrollo del paradigma materno-infantil. El mismo ha operado de manera eficiente no sólo en la organización de los servicios y sus prestaciones sino también en los posicionamientos subjetivos, en los modelos mentales y en la formación de los profesionales de la salud (no sólo de los profesionales de la medicina). El paradigma materno infantil basado en el modelo médico hegemónico y sostenido en la ecuación mujer = madre (y en el binomio madre – hijo) ha regido históricamente la definición de las políticas, programas y organización de los servicios de salud hacia las mujeres. Ha sido interpelado por otro paradigma, el de la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos, que coloca a las personas, su autonomía y su capacidad para tomar decisiones en el centro de la atención de la salud, lo cual ha trastocado las prácticas de los/as profesionales.

Se han identificado tres planos o niveles interrelacionados en el campo de la atención sanitaria: el de la definición de la política pública, el de la planificación y gestión en los servicios de salud y el nivel de las prácticas profesionales (producidas por y basadas en la formación profesional, los posicionamientos subjetivos e ideológicos y la inscripción institucional). Estos planos, según Schraiber (2009, 2010) deberían articularse de manera consistente para cumplir con el propósito de la atención integral y la calidad de atención en salud.

Una política pública puede reconocer los derechos sexuales y los reproductivos, pero si ésta no se traduce en modos de gestión y organización de los servicios de salud y si los derechos no son incorporados, promovidos, protegidos y respetados desde las prácticas que sostienen los profesionales, no se habrán generado las condiciones para su garantía efectiva. Este modelo a tres vértices puede ser cuestionado por su “carácter endogámico” o “intrasistema”, si se considera que los sistemas de salud se tensan especialmente al ser colocados frente a las demandas ciudadanas y su capacidad para exigir reconocimiento y garantías a sus derechos.

Estamos trabajando desde la hipótesis que el proceso de cambio de paradigma en la cultura institucional de los servicios de salud (y sus actores) implica una etapa inicial de transición, que nominamos como de “coexistencia en disputa”⁴. Consideramos que ello genera tensiones en distintos niveles y que se expresan fundamentalmente en las prácticas de los/as profesionales de la salud: a) en el marco normativo vigente: entre la Ley 18426 de defensa al derecho a la salud sexual y reproductiva, la Ley 9763 que penaliza el aborto y la Ley 18.987 de interrupción voluntaria del embarazo; b) en la organización y gestión de los servicios de salud: entre el modelo materno infantil y el de la salud sexual y reproductiva; y c) específicamente, en las acciones profesionales: entre la intervención técnica y la intervención moral⁵.

4. Proyecto de tesis doctoral para Título de Doctora en Ciencias Sociales, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

5. Siguiendo a Foucault, decimos moral en el sentido de “un conjunto de valores y reglas de acción que se proponen a los individuos y a los grupos por medio de

Estas tensiones tienen efectos para la accesibilidad de las personas en general, y de las mujeres en particular, a una atención de calidad. Por ello, es relevante conocer cómo los/as profesionales transitan el cambio de paradigma y de modelo de atención que establece la política pública (y en un marco normativo contradictorio), cómo re-crean sus modos de intervención y de qué manera operan sus sistemas de valores, la formación profesional y sus posicionamientos subjetivos sobre sexualidad, (no) reproducción y salud a la hora de intervenir profesionalmente. En esa misma dirección, importa analizar cómo transitan el cambio de concepción de “mujer – paciente” a “mujer – ciudadana” con capacidad para tomar decisiones sobre su vida y su cuerpo (Herrera, 2010), así como conocer los factores que inhiben o promueven el desarrollo de una cultura ciudadana en el espacio de la salud y que favorecen o no el respeto, la protección y la apropiación subjetiva de los derechos reproductivos.

El posicionamiento y la intervención de los/as profesionales frente a las demandas de atención en salud sexual y reproductiva revisten características particulares que merecen de especial consideración. Los aportes para comprender la compleja relación entre profesionales de la salud y población usuaria surgen particularmente desde la sociología y la antropología médica y de la salud⁶, la sociología de las

aparatos prescriptivos diversos como la familia, las instituciones educativas, las religiones, etc.” (Foucault, 1984) Esto implica que las acciones morales tienen una intencionalidad que las identifica (por su finalidad, por sus motivos, por el tipo de norma que la prescribe, por los principios que la justifican) (Langón, 2009).

6. Para una revisión general de los paradigmas de la sociología de la medicina se puede tomar los aportes realizados por Clarke (1981) quien presenta una visión crítica de la genealogía y construcción de esta subdisciplina considerando los diferentes enfoques (estructuralistas, activistas, naturalistas, interaccionistas) y la revisión sistemática que aporta Castro (2000) (2011) sobre teoría social y salud.

profesiones⁷, la psicología de la salud⁸ y las teorías feministas aplicadas a la salud⁹.

Algunos estudios reportan que los/as profesionales parecen transitar con facilidad práctica y seguridad discursiva del juicio clínico al juicio moral, confiriendo significado profesional a apreciaciones de orden ideológico, religioso, político y social sobre las mujeres y sus demandas en salud (Schraiber, 1995, 2008, 2010). Esto parecería adquirir mayor visibilidad cuando se trata de mujeres en situación de aborto cuya realidad contradice el mandato histórico de género sobre la mujer=madre, al desnaturalizar el deseo de hijo como constitutivo de la subjetividad femenina así como el instinto materno en el cual se basa este supuesto (Badinter, 1982).

En este sentido, la relación entre técnica y moral ha sido explorada desde autores clásicos de la sociología médica

7. En particular, merecen destacarse los aportes clásicos de Parsons (1951), posteriormente de Freidson (1970 a, 1970 b) sobre la profesión médica y las revisiones críticas realizadas fundamentalmente por Turner (1987). El corpus teórico sobre la relación médico – paciente tiene en los trabajos seminales de Zola (1972) una base fundamental para el problema que estamos considerando.

8. Desde la perspectiva latinoamericana, se destacan los aportes de Morales Calatayud (1997) y Saforcada (1998, 2010).

9. Los aportes de la teoría feminista aplicada a la salud se pueden agrupar en tres dimensiones: a) respecto a los procesos de salud – enfermedad (determinantes sociales y desigualdades de género), b) respecto a la práctica médica, c) respecto al saber médico (Castro y Bronfman, 1993). En este sentido, si bien la producción feminista en las tres dimensiones es fundamental para la línea de investigación que estamos desarrollando, aquella referida a práctica y saber médico se tornan especialmente relevantes ya que constituyen un corpus teórico y empírico notable para comprender nuestro objeto de estudio. En este sentido, los aportes de Tood (1989), Fisher y Groce (1985), West (1984); Witz (1995), Hughes (1971), Hearn (1982), Roberts (1981), Crompton (1987), Bloom y Wilson (1998), Storch y Stinson (1988), Ehrenreich y English (1978), Rothman (1978), Ortiz, Birriel y Ortega del Olmo (2004), constituyen antecedentes sustantivos.

como Zola (1972) quien analiza los mitos sobre la responsabilidad moral de los médicos¹⁰. En el campo de la relación entre ética y salud reproductiva, varios autores aportan a una reflexión sustantiva sobre los conflictos éticos implicados en su atención (Cook, Dickens y Fathalla, 2005), (Scherwin, 1998), (Figuroa, 1998), entre otros.

Nos basamos en el supuesto de que el deslizamiento de sentido desde lo técnico a lo moral en la atención de la salud sexual y reproductiva puede encontrar en los dispositivos de consejería (también denominados de asesoramiento u orientación profesional) un instrumento de control social donde las opiniones personales de los/as profesionales se visten de intervención técnica. A modo de ejemplo, ¿qué significa aconsejar u orientar en la atención a mujeres en situación de embarazo no deseado y aborto? o ¿Qué implica asesorar en salud sexual a hombres que tienen sexo con hombres?

Para el estudio de estos asuntos, es fundamental considerar la medicalización de la sociedad uruguaya, en el contexto de lo que se ha caracterizado como “disciplinamiento social” que configuró el proceso de modernización y secularización del Estado uruguayo hacia comienzos del S XX. La figura del médico en tanto actor clave en la regulación de la vida social, de la salud, de los cuerpos (en particular de las mujeres), de la higiene y de la normatividad de género (incluida la doble moral sexual) ha sido estudiada en profundidad y forma parte

10. Los aportes de Weber sobre ética de la convicción y ética de la responsabilidad constituyen una lectura ineludible para este punto en particular (Weber, 1919, reediciones 2001, 2009).

de uno de los rasgos distintivos de la sociedad uruguaya, inscriptos también en el modelo médico hegemónico (Barrán, 1992, 1994, 1995)¹¹.

En este escenario, resulta clave la formación de los/as psicólogos en el campo de la salud y sus capacidades para intervenir profesionalmente respetando y protegiendo los derechos de las personas a las decisiones sexuales y reproductivas. En la instrumentación de las leyes 18.426 y 18.987 ya referidas, los/as psicólogos tienen un lugar como integrantes de los equipos de referencia en salud sexual y reproductiva de los servicios del Sistema Nacional Integrado de Salud. Uno de los mayores desafíos es la formación integral de los actuales y futuros psicólogos/as desde marcos teóricos, metodológicos, técnicos y éticos que les permita intervenir y aportar desde su especificidad profesional a la garantía de estos derechos.

11. Los aportes realizados por el historiador uruguayo José Pedro Barrán (1934-2008) y sus colaboradores son considerados ineludibles para el conocimiento de la historia de la medicina en Uruguay y en particular el rol que ha jugado la figura del médico en el imaginario social investida de prestigio, poder, saber y control sobre el cuerpo y sus productos. En particular merecen destacarse la triología “Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos” (Tomos 1, 2 y 3) y su Historia de la sensibilidad en el Uruguay (tomos 1 y 2, Sociedad Bárbara y Sociedad Disciplinada, respectivamente, 1991, 1993).

RECORRIDO Y DESAFÍOS PARA CONSOLIDAR UNA AGENDA DE INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El campo de la salud sexual y reproductiva, desde un enfoque de género y derechos humanos, ingresó en la agenda académica de la Facultad de Psicología hacia 1998. En estos casi 15 años se ha logrado posicionar como un campo relevante para la formación y la investigación en Psicología.

Su origen y proceso de construcción acompaña el proceso de visibilidad y reconocimiento de los asuntos en derechos y salud sexual y reproductiva en el país. En el año 1998, comenzamos a trabajar sobre una propuesta académica específica que, un año más tarde -en setiembre de 1999- fue considerada y aprobada por el Consejo de la Facultad de Psicología¹².

Surgió así la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género (CATSR), mediante la cual se propuso el tratamiento de asuntos considerados de alta relevancia social, académica y política, hasta ese entonces ausentes o poco visibles en la agenda institucional. Las “cátedras libres” fue una figura impulsada por el Decanato del Prof. Víctor Giorgi y apoyada por el Consejo, como estrategia para incorporar

12. En un principio, quienes impulsamos la propuesta fuimos el Dr. Carlos Güida y la Ps. Alejandra López Gómez, ambos docentes de la Facultad y con trayectoria específica en estos temas.

nuevos campos de conocimiento en la agenda académica de la institución. La primera en aprobarse fue la CATSR y luego le seguirían otras cuatro propuestas con foco en distintos campos de conocimiento.

Desde su instalación, la CATSR asumió el compromiso de generar conocimiento sobre distintos tópicos en salud reproductiva, sexualidades y género, desde una perspectiva integral con vocación interdisciplinaria. Se sumaron otros docentes de la Facultad a este emprendimiento¹³ y se logró conformar un equipo sólido que, en colaboración con investigadores/as de otros servicios de la Universidad de la República, y de otras organizaciones nacionales así como de centros académicos de la región, logró desarrollar investigación sostenida sobre problemas prioritarios en la agenda de investigación para la salud a nivel nacional. Los resultados obtenidos fueron ampliamente divulgados y publicados en libros, capítulos de libros y revistas a nivel nacional e internacional. Las líneas de investigación desarrolladas estuvieron vinculadas a servicios de salud sexual y reproductiva; aborto y subjetividad; derechos sexuales y derechos reproductivos; reproducción biológica y social; adolescencias y sexualidades, por mencionar las más relevantes¹⁴.

13. En el año 2003 se incorporaron los docentes: Prof. David Amorín, Prof. Adj. Elina Carril quienes junto a las investigadoras asociadas Lic. Valeria Ramos, Leticia Benedet y Rossana Trucillo constituían el grupo estable de la Cátedra. Los coordinadores de la misma eran los docentes Carlos Güida y Alejandra López Gómez. Otros investigadores/as participaron de distintos proyectos: Dra. Miriam Contera, Dr. Wilson Benia, Dra. Laura Echeveste.

14. Los proyectos de investigación fueron apoyados por la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República a través de su programa de recursos humanos, convocatorias a proyectos I+D y de iniciación a la investigación; así como por organismos de Naciones Unidas y regionales.

Al mismo tiempo, se instrumentaron instancias académicas para la discusión y divulgación del conocimiento generado, la identificación de necesidades de investigación y demandas de formación profesional, así como el fomento del trabajo articulado con diversos actores sociales, gubernamentales y profesionales. Se impulsaron los Coloquios sobre Tópicos en Sexualidad y Salud Reproductiva (1999-2000-2001) y posteriormente, los Encuentros Universitarios sobre Salud, Género, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (2003, 2006 y 2009) convocando un número importante de docentes y estudiantes universitarios de distintas disciplinas, profesionales de la salud, activistas, investigadores y tomadores de decisión en políticas públicas. Estas actividades tuvieron la virtud de generar espacios de diálogo y reflexión entre distintos actores y perspectivas, darle visibilidad académica a la agenda, articular acciones conjuntas y comenzar a impulsar una masa crítica dentro de la Facultad y la Universidad, con interés en desarrollar este campo.

En consonancia con su vocación articuladora, la CATSR se relacionó con docentes de distintos servicios de la Universidad mediante el dictado de cursos y participando en eventos científicos. Desarrolló una alianza estratégica con organizaciones sociales y formalizó un acuerdo de trabajo con MYSU, (Mujer y Salud en Uruguay), convenio vigente mediante el cual se han realizado actividades dirigidas a la formación de profesionales para la atención integral en salud sexual y reproductiva.

En materia de formación, merece destacarse la capacitación de más de 750 profesionales de la salud en cursos impulsados por el Ministerio de Salud Pública y por el Programa Infamilia para la implementación de las políticas y programas en salud sexual y reproductiva. En todos los casos,

se trató de propuestas presentadas en conjunto por la CATSR, docentes de Facultad de Medicina y MYSU, a los correspondientes llamados a licitación pública realizados por estos organismos públicos, propuestas que fueron seleccionadas para su implementación. Estas experiencias permitieron evidenciar la necesidad y demanda de espacios de formación de psicólogos/as, médicos/as, enfermeras/os, parteras, trabajadores/as sociales, desafiados en sus prácticas profesionales frente al cambio de paradigma de la salud sexual y reproductiva desde un enfoque de género y derechos.

La CATSR, dada su ubicación en la estructura académica institucional, no tuvo posibilidades de incidir en la formación de grado de los futuros psicólogos/as, más allá de algunas intervenciones puntuales realizadas. Allí radicó su principal debilidad como estructura. Sin embargo, su aporte fue sustancial para que hoy, el nuevo Plan de Estudios de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (PELP 2013), haya incorporado unidades curriculares básicas y una oferta amplia de seminarios optativos que focalizan estos temas y problemas.

En el año 2011, la CATSR dejó de funcionar como estructura específica para recrearse y proyectarse en el nuevo escenario institucional. La transformación académica institucional impulsada por el Decanato del Prof. Luis Leopold y el Consejo, sostenida en una nueva figura, los Institutos, significó una oportunidad para reorganizar la agenda académica. El Consejo de la Facultad aprobó la creación de cinco institutos¹⁵, entre ellos, el Instituto de

15. Los cinco Institutos son: Psicología Social, Psicología Clínica, Fundamentos y Métodos en Psicología, Psicología, Educación y Desarrollo, y Psicología de la Salud.

Psicología de la Salud. En él radica el Programa de Género, Sexualidades y Salud Reproductiva, propuesta aprobada por el Consejo junto a los restantes tres programas del Instituto¹⁶. Este Programa recupera los antecedentes y desarrollos realizados por la CATSR y los proyecta frente a los requerimientos actuales en materia de investigación, enseñanza de grado y posgrado y actividades de extensión. Además de la elaboración y puesta en marcha de un programa específico, la perspectiva de género y derechos humanos, se incorporó como eje transversal de la visión teórica, política y ética del conjunto del Instituto.

El trabajo de estos años se traduce hoy en una jerarquización en la estructura institucional, de los temas y problemas a los que hemos hecho referencia en esta conferencia. Los desafíos son importantes, en particular, es necesario estar a la altura de las demandas de formación de los/as profesionales de la salud y en particular de los/as psicólogos para que tengan más y mejores herramientas que contribuyan a asumir su rol con solvencia y calidad técnica, en el marco de las políticas de salud sexual y reproductiva que se implementan en el país, en particular aquellas referidas a los servicios de salud. Aunque, no sólo allí la Psicología está llamada a intervenir.

El campo de las políticas públicas y programas de salud, sociales y educativos es un ámbito privilegiado donde aportar evidencias científicas y base teórica que contribuya a

16. Los cuatro programas del Instituto de Psicología de la Salud, aprobados por el Consejo en abril de 2012 son: Programa Concepciones, Determinantes y Políticas de Salud, Programa Psicología y Derechos Humanos, Programa Desarrollo Psicológico y Psicología Evolutiva, y Programa de Género, Sexualidades y Salud Reproductiva.

incorporar la dimensión subjetiva que se pone en juego en el ejercicio de la sexualidad y la vida reproductiva. Dimensión generalmente omitida en el diseño de las políticas públicas¹⁷.

Para ello es necesario robustecer una agenda de investigación nacional para la salud sexual y reproductiva, capaz de responder de manera sólida, pertinente e integral a un conjunto de demandas sociales y necesidades de conocimiento aún desatendidas, así como a temas emergentes que refieren a nuevos problemas sociales. Necesitamos ampliar la base de investigadores/as con capacidad de diseñar e implementar estudios innovadores y con capacidad de traducir sus hallazgos en conocimiento útil para distintos actores.

Estamos frente a un gran desafío. No nos podemos quedar tranquilos/as. Cuanto más sabemos, nos damos cuenta de lo mucho que falta por conocer. Sin ese motor, las acciones políticas, sociales y/o profesionales se transformarían en mera instrumentación de estrategias y tecnologías anticuadas, no pertinentes y/o foráneas. Lejos de contribuir a la ciudadanización en salud sexual y reproductiva, seríamos productores de nuevas formas de violencia, aún vestidas con las mejores intenciones y bondades.

En estos 15 años hemos recorrido un intenso y complejo camino. A nivel institucional, contamos hoy con una plataforma y unas condiciones, que nos permiten proyectar y

17. Desde 2004, el equipo de la CATSR impulsó, junto con otros actores, la creación de la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva que funciona desde esa fecha en la órbita del Ministerio de Salud Pública. Desde entonces, la Facultad de Psicología, integra esta Comisión en la cual se han tratado algunos de los asuntos críticos sobre la instrumentación de políticas y programas en salud sexual y reproductiva en el país.

potenciar las contribuciones desde la Psicología universitaria a una agenda nacional en Salud Sexual y Reproductiva, género y derechos humanos.

El marco conceptual y ético de la Psicología de la Salud, nutrida con los aportes de los Estudios de Género y los Estudios sobre Sexualidades, aporta un diferencial para la comprensión de los procesos subjetivos implicados en la salud, las sexualidades y la vida reproductiva, en el contexto de un diálogo productivo con otras disciplinas y actores.

Asumimos como universitarios/as, el compromiso ético y político de continuar aportando al reconocimiento, apropiación y ejercicio de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en Uruguay.

De eso se trata la ruta a la que apostamos, la de una Psicología a la altura de las demandas ciudadanas, abierta al diálogo, crítica, reflexiva, no contemplativa y menos aún, condescendiente con las desigualdades y las múltiples formas de discriminación.

REFERENCIAS

Abzacinskas, L. y López Gómez, A. (2002). Los derechos sexuales y reproductivos en la arena de acción política. *Seminario sobre ONGs, gobernanza y desarrollo en América Latina y el Caribe*. Montevideo: Programa MOST – UNESCO.

Bellucci, M. (1992). De los Estudios de la Mujer a los Estudios de Género: han recorrido un largo camino. En Fernández A.M (comp.) *Las mujeres en la imaginación colectiva*. Buenos Aires: Paidós

Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Editorial Anagrama.

Barrán, JP (1990). *Historia de la sensibilidad en Uruguay. Tomo 1. La sociedad bárbara*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

Barrán, JP (1991). *Historia de la sensibilidad en Uruguay. Tomo 2. La sociedad disciplinada*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

Barrán, JP (1992). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. El poder de curar*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

Barrán, JP (1995). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. La invención del cuerpo*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

Carrizo, L. (1998). Edgar Morin: el Pensamiento Complejo, la nueva Transdisciplinariedad. *Revista de Investigación de la Facultad de Psicología*. Nº 1 Año I, Montevideo: Facultad de Psicología, UdelaR.

Carrizo, L. (2011). Interdisciplinariedad y valores. En: *Educación, valores y ciudadanía*. Madrid: Organización de Estados Iberoamericanos.

Castro R. (2011). *Teoría social y salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; Universidad Nacional Autónoma de México.

Castro R. (2000). *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. México: Ediciones CRIM–UNAM.

Castro R, Bronfman M. (1993). Teoría feminista y sociología médica. Bases para una discusión. *Cad Saude Publ*, 9 (3): 375 – 394.

Conrad, P. Kern, R. (1986). *The sociology of Health and Illness: Critical Perspectives*, 2da, Ed., NYC: St. Martins.

Cook, R., Dickens, B, Fathalla, M. (2005). *Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho*. Bogotá: Oxford University Press; Profamilia

Correa S. y Petchesky R. (1995). Reproductive and sexual rights: a feminist perspective. En: *Population Policies Reconsidered, Health, Empowerment and Rights*. NYC: IWHC.

Correa, S. (2003). Notas sobre feminismo y género en la perspectiva de la “longue durée”. En: *Memoria Foro Internacional Las mujeres en el siglo XXI*. La Paz: CIDEM.

Crenshaw, K. (1998). Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics. En: Phillips A. *Feminism and politics Oxford Readings in feminism*. New York: Oxford University Press

De Barbieri, T. (1993). Sobre la categoría de género. Una introducción teórica – metodológica. *Debates en Sociología* 18, Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

De Francisco A, Dixon-Mueller R, d`Arcangues, C (2007). *Aspectos de la investigación sobre salud sexual y reproductiva en países con ingresos bajos e intermedios*. Ginebra: Global Forum for Health Research

Dixon-Mueller, R. (1993). The sexuality connection in Reproductive Health. *Studies in Family Planning*, 24 (5), September/October

Ehrenreich, B y English, D. (1990). *Por su propio bien. 150 años de consejos de expertos a las mujeres*. Madrid: Taurus.

Figari, C. (2012). Discursos sobre la sexualidad. En: Morán JM, Sgró MC y Vaggione JM (eds.) *Sexualidades, desigualdades y derechos. Reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos*. Córdoba: Ciencia, Derecho y Sociedad Editorial, Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales.

Figueroa, JG (1998). Comportamiento reproductivo y salud. Reflexiones a partir de la prestación de servicios. En: Careaga G., Figueroa JG y Mejía MC. (eds) *Ética y Salud Reproductiva*. México: Ediciones PUEG.

Filc, D. The medical text: between biomedicine and hegemony. *Social science and medicine*. 59 (6): 1275-1285.

Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad. Vol I: La voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Foucault M. (1983). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI Editores.

Foucault, M. (1984). *Microfísica del poder*, 2a. ed, Rio de Janeiro: Graal.

Fraser, N. (1998). From redistribution to recognition? Dilemmas of justice in `post-socialist` Age. En: Phillips A. *Feminism and politics Oxford Readings in feminism* (430-460). New York: Oxford University Press

Giberti, E (1994). *Sexualidades de padres a hijos* Buenos Aires: Paidós

Herrera, C. (2010). De “pacientita” a ciudadana: el largo y sinuoso camino de las mujeres dentro del orden médico en México. En: Castro, R. y López Gómez, A. (edts) *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos de las mujeres*. Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República; CRIM-Universidad Nacional Autónoma de México.

Lamas, M. (1986). La antropología feminista y la categoría de género. *Nueva Antropología*, 8: 173-198.

Lamas, M. (comp.) (1996). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG; Colección Las ciencias sociales.

Langón, M. (2009). *Problemas bioéticos. Elementos para la discusión*. Montevideo: UNLIBRO Ediciones.

López Gómez, A., Abracinskas, L. y Furtado, M. (2009). *Balance a quince años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Avances y retos para el pleno cumplimiento del Programa de Acción*. Montevideo: Editorial Trilce; Fondo de Población de las Naciones Unidas.

López Gómez, A. y Güida, C. (2001). Sexualidad, campo de investigación interdisciplinaria. En: Araujo, AM.; Behares, L. y Sapriza, G. (comp.) *Género y Sexualidad en Uruguay*. Montevideo: Ed. Trilce; Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República.

López Gómez, A.; Benia W.; Contera, M. y Güida, C. (2003). *Del enfoque materno infantil al enfoque en salud sexual y reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas*. Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República.

López Gómez, A. (2005). Consideraciones conceptuales. En: López Gómez A. (coord). *Adolescencia y sexualidad. Discursos, prácticas y acciones. Un estudio retrospectivo 1995-2004*. Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República.

Menéndez E. (1990). Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones, *Cuaderno núm. 179*, México: Ediciones de la Casa Chata.

Menéndez E (1991). Definiciones, indefiniciones y pequeños saberes. *Alteridades*, 1, (1): 21-32. México: UAM-Iztapalapa.

Miller, A. (2001). Sexual no reproductivo. Explorando la conjunción y disyunción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. En: *Derechos sexuales y derechos reproductivos. Aportes y diálogos contemporáneos*. Lima: Universidad Mayor de San Marcos.

Morales Calatayud, F. (1997). *Introducción al estudio de la Psicología de la Salud*. México: Editorial UniSon; Secretaría General Administrativa de la Universidad de Sonora.

Petchesky, R. (2002). Sexual Rights: Inventing a concept, mapping an international practice. En: Parker R. (ed) *Framing the Sexual Subject*. California: University of California Press: 81-103. Traducido por CLADEM.

Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo. *Nueva antropología*, 8: 95-145.

Rubin, G. (1984). Thinking Sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality. En: Vance C. (Ed) *Pleasure and Danger: exploring female sexuality*. Londres: Routledge & Kegan.

Saforcada, A., De Lellis y Mozobancyk, M. (2009). *Psicología y salud pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Buenos Aires: Paidós, Tramas Sociales.

Scott, J. (1996). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En: Lamas M (comp) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. (265-302) México: Ediciones PUEG.

Scherwin S. (1988). Hacia una ética feminista del cuidado de la salud. En: Careaga G., Figueroa JG y Mejía MC. (edts). *Ética y Salud Reproductiva*. México: Ediciones PUEG.

Schraiber, LB; Peduzzi, M; Sala, A.; Nemes, MIB; Castanheira, ER. y Kon, R. (1999). Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência e Saúde Coletiva* 4 (2): 221-242.

Schraiber, LB. (1995). O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. *Cad. Saúde Pública* 11 (1): 57-64.

Schraiber, LB. (2008). *O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança*, São Paulo: Hucitec.

Schraiber, LB (2010). Acción técnica y acción moral en los profesionales de la salud. En: Castro R y López Gómez A (eds) *Poder médico y ciudadanía. El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República; CRIM – Universidad Nacional Autónoma de México.

Szasz, I. (2004). El discurso de las ciencias sociales sobre las sexualidades. En: Cáceres, C. Frasca, Pecheny M. y Terto (ed) *Ciudadanía sexual en América Latina: abriendo el debate*. Lima: Universidad Cayetano Heredia.

Vance C. (1984). *Pleasure and danger: towards a politics of sexuality*. En: *Pleasure and danger: exploring female sexuality*. Londres: Routledge and Kegan.

Vance C. (1997). La antropología redescubre la sexualidad: un comentario teórico. *Estudios demográficos y urbanos*. 12 (1-2): 34-35.

Weeks, J. (1996). *Sexualidad*. México: PUEG; Paidós.

| ANEXOS

I. Investigaciones realizadas por Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género (1999-2010).

Factores vinculados a la inserción de un programa de salud integral de la mujer en el marco de un modelo asistencial materno-infantil. Proyecto país en el marco del proyecto regional de la Iniciativa VINREPLAC, Fundación Mexicana para la Salud (2001-2003).

Participación en el equipo de relevamiento sobre los Estudios de Género en la Universidad de la República en el marco de las actividades de la **Red Temática de Estudios de Género de la UdelaR. Publicación N° 18 de Rectorado de la UdelaR.** (2003).

Adolescencia y sexualidad. Significados, prácticas y discursos en el Uruguay. Un estudio retrospectivo (1995 – 2004). Apoyo: Fondo de Población de las Naciones Unidas (2004 - 2005).

Proyecto género y generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Estudios Cualitativos. Proyecto interinstitucional: MSP, IMM, INE, UDELAR, MYSU, UNFPA. (2005 – 2006)

Aspectos psicológicos del aborto voluntario en contexto de ilegalidad y de penalización. Elina Carril – Alejandra López Gómez (responsables). Proyecto I + D. Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC, UdelaR) (2005 – 2007).

Adolescentes y servicios de Salud Sexual Y Reproductiva.

Leticia Benedet y Valeria Ramos (responsables). Proyecto CSIC, Iniciación a la investigación (2005 – 2007).

Aborto voluntario: la perspectiva de los varones. Opiniones y significados en varones de distintas generaciones y niveles educativos. Alejandra López y Elina Carril (responsables). Proyecto CSIC, I + D (2007 – 2008).

(Des) penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja, proyecto CSIC (Art. 2: Fondo de temas de interés social). El proyecto fue coordinado por Niki Johnson (FCS), Alejandra López Gómez (CATSR, Psicología), Graciela Sapriza (Humanidades), Alicia Castro (Derecho) y Gualberto Arribeltz (Medicina) y contó con la participación de docentes de estos servicios universitarios (2009-2010).

Los servicios de salud frente al aborto voluntario: perspectivas de los/as profesionales. Alejandra López y Elina Carril (responsables). Proyecto CSIC, I + D (2009 – 2010).

II. Publicaciones con resultados de investigaciones realizadas por la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género (orden cronológico).

López Gómez, A. (inv princ); Benia, W., Contera, M. y Güida, C. (2003) *Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas en Uruguay*. Montevideo: CATSR, Facultad de Psicología, Universidad de la República; Fundación Mexicana para la Salud. Segunda Edición (2004): Montevideo: CATSR, Facultad de Psicología, Universidad de la República; Programa Infamilia; MSP, RAP-ASSE.

López Gómez, A, Güida C, Benia W. y Contera M. (comp.) (2003). *Primer Encuentro Universitario Salud, Género y Derechos Sexuales y Reproductivos*. Montevideo: CATSR, Facultad de Psicología, UdelaR; UNFPA.

López Gómez, A., Benia, W., Contera M. y Güida, C. (2004). Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Factores vinculados a la aplicación de un programa de salud integral de la mujer en el marco de un modelo asistencial materno infantil. En: Nigenda G. (ed) *Reformas del sector salud y salud sexual y reproductiva en América Latina. La experiencia de VINREPLAC*. México: Fundación Mexicana para la Salud.

Obra colectiva (2004) *Changing the debate about health research for development*. Ginebra: International Health Research Awards; World Health Organisation, Rockefeller Foundation

López Gómez A. (coord.) (2005). *Adolescentes y sexualidad. Significados, prácticas y discursos en Uruguay. Un estudio retrospectivo 1995 – 2004*. Montevideo: CATSR, Facultad de Psicología, UdelaR; UNFPA.

Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género (2006). *Segundo Encuentro Universitario en Salud, Género, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Avances en la investigación nacional*. Montevideo: CATSR, Facultad de Psicología, Udelar; UNFPA.

López Gómez, A. (Coord.) (2006). *Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Proyecto Género y Generaciones. Estudios cualitativos*. Montevideo: Trilce, Universidad de la República; MYSU; IMM; MSP; UNFPA.

Carril, E. y López Gomez, A. (2008). *Entre el alivio y el dolor. Mujeres, aborto voluntario y subjetividad*. Montevideo: Ed. Trilce.

Benedet L. y Ramos, V. (2009) *Embarazo en la adolescencia y servicios de salud*. Montevideo: CATSR, Facultad de Psicología; CSIC, Universidad de la República.

López Gómez, A. y Carril E. (2010). Efectos del aborto clandestino en la subjetividad de las mujeres. Resultados de una investigación cualitativa en Uruguay. *Cuestiones de Género: de la igualdad y la diferencia*. 5: 127-164. España: Universidad de León.

Castro R. y López Gómez A. (edts) (2010). Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Montevideo: CATSR, Facultad de Psicología, Universidad de la República; CRIM, Universidad Nacional Autónoma de México.

López Gómez, A. y Carril E. (2010). Aborto voluntario y subjetividad en contextos de penalización. Efectos y significados en mujeres, varones y profesionales de la salud. *Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad, Vol 1, N° 02*.

Recuperado de <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/40>

Johnson, N., López Gómez, A., Sapriza, G., Castro, A., Arribeltz, G. (coord.) (2011). *(Des) penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinario de una realidad compleja*. Montevideo: CSIC, Universidad de la República.

Barrios, A., Canetti, A., Cortázar, M., López Gómez, A., Rey, G. (2011) *Salud sexual y reproductiva en adolescentes y participación comunitaria juvenil*. Montevideo: Comisión Sectorial de Educación Permanente; Facultad de Psicología, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

SUMARIO

Introducción.....	5
Consideraciones conceptuales ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud sexual y reproductiva?.....	8
Género y sexualidad en la base de la salud sexual y reproductiva.....	15
Los derechos sexuales y los reproductivos, centro del paradigma de la salud sexual y reproductiva.....	25
Tensiones en el campo de la atención a la salud sexual y reproductiva.....	30
Recorrido y desafíos para consolidar una agenda de investigación y formación en Salud Sexual y Reproductiva.....	39

