

**Universidad Nacional de Córdoba**

**Facultad de Ciencias Sociales**

**Licenciatura en Trabajo Social**

## **Interrupción voluntaria del embarazo**

### ***Programas inconscientes***

Docentes: Becerra, Natalia.

Gregorio, Lilian.

Mántaras, José.

Alumna: Jara Nancy Elisabet.

*El aleteo de una mariposa en  
California, puede provocar una  
tormenta tropical en Australia*

E. Lorentz.

Córdoba, Argentina. 2022.

❖	Agradecimientos	
❖	Introducción	5.
Capítulo I: <i>Marco conceptual, teórico, político referencial y normativo en torno a la Interrupción Voluntaria del Embarazo</i>		
	I.1- Sistema de Salud Argentino -y su división en subsistemas- y la Atención Primaria de la Salud como estrategia	10.
	I.2- La categoría de Campo Social y las posiciones de agentes sociales: Campo de la Salud	13.
	I.3- Aportes desde la Teoría Feminista: notas sobre perspectiva de género y la interseccionalidad	15.
	I.4- Concepciones sobre Salud, Salud Sexual y Derechos Sexuales y (no) Reproductivos	19.
	I.5- Focalizando en Interrupción Voluntaria del Embarazo y su matriz de clandestinidad	24.
	I.6- Marco y estructura normativa en torno a la Interrupción Voluntaria del Embarazo: contextos de avances y retrocesos en materia jurídica	28.
Capítulo II: <i>Escenario y sujetos de la intervención</i>		
	II.1- Caracterización institucional: el Centro de Salud Municipal N° 57	41.
	II.2- Características de la comunidad	50.
	II.3- Caracterización de las familias y estrategias familiares	55.
	II.4- Conceptualización de los sujetos desde el enfoque de derechos	55.
	II.5- Caracterizando a los sujetos de la intervención de la práctica pre-profesional	60.
	II.6- Una aproximación al Campo Problemático y los sujetos de intervención	63.

Capítulo III: *Respecto a la intervención pre-profesional: construyendo el objeto y estrategias de intervención desde el Trabajo Social desde la Atención Primaria de la Salud*

III.1- Definiendo y construyendo el objeto de intervención	74.
III.2- Elaboración de la estrategia de intervención	80.
III.3- Actores sociales. Posiciones y posicionamientos en relación al Campo de la Salud, la Salud Sexual, los Derechos Sexuales y (no) Reproductivos y la Interrupción Voluntaria del Embarazo	96.
III.4- Metodología	110.
❖ Reflexiones finales	111.
❖ Bibliografía	113.
❖ Anexos	123.

## Agradecimientos

Gracias a todos los afectos y personas, que me vieron crecer y me sostuvieron durante tantos años de dedicación a la Carrera y la vida, quienes han sido los maestros perfectos.

A los que ya no están en este mundo, pero sí en mi corazón: a mis ancestros; María Ángela Sánchez, mi madre; Ceballos, María, mi abuela; Melisa Daniela, Lugo, mi amiga del alma; Beatriz Allés Gómez; y mis mascotas: Bigotes, Pily, Mor, otros.

A los que están: A mi hija Melina Megara, Mamani Jara, el amor de mi vida.

A mis hijos gatunos y mi hermano perruno Chiquito, a todos en especial.

A mis amigos Gonzalo Nechvatal, Paula Tusa, Marina Moya, Agustín Strada, Scarlet Soni, Paola Banegas, Ivonne Pinto, quienes me salvaron la vida.

A María Florencia Zabala, Julieta Papanicolau, Analía Balbi, Noelia Lucero, Ivana Banegas, Alfredo Sena, Carolina Peñaloza, Ema Bermúdez.

A Delia Totah, Cecilia Facchin, Cecilia Rey, mis compañeras de rescate de animales, y a todos mis adoptantes.

A todos los docentes que me acompañaron en todo el recorrido de la Carrera, especialmente a Lilian Gregorio, José Mántaras, Mauricio Mareño Sempertegui, María Teresa Bosio, Rossana Crosetto y Natalia Becerra.

A la Facultad de Trabajo Social de la UNC. A mis tutores Lucía Bertona y Ramiro Galarraga.

A todos los integrantes del Centro de Salud N° 57.

A los vecinos, los famosos sujetos de la intervención que, sin ellos, no tenemos razón de ser.

A mis compañeras de la Carrera: Belén Aquino, Daniela Ledesma, Iris Domínguez, Cecilia Francés, Alejandra Heredia, Johanna González, Yamila Quilis, Rosa Godoy y Noemí Moyano.

A mi familia y ex compañero de vida Néstor Fabián Mamani.

Al mejor jefe Rodrigo Montes y mis compañeros Kevin Molina y Jesica Juncos.

A San Expedito y al Universo. Gracias, Gracias, Gracias.

Por último, al transfeminismo y al socialismo. Al patriarcado, colonialismo y capitalismo lo vamos a tirar entre todos, en esta hermosa marea verde que no va a parar.

¡SERÁ LEY!

## Introducción

La práctica de intervención pre-profesional, se desarrolló en el año lectivo 2018, se situó en el área de la Salud, en el Centro de Salud N° 57, en barrio Argüello IPV, ubicado al norte de la periferia de la Ciudad de Córdoba, siendo las mujeres las sujetas de la intervención pre-profesional. A su vez, es la continuidad de la tesis de Domínguez y Allende, compañeras que intervinieron en la misma organización, con la misma temática, en el año lectivo 2017. Autoras de: *Derechos sexuales y “no” reproductivos: ¡Nuestro cuerpo, nuestra decisión!* (2019).

Los destinatarios del siguiente documento forman parte de la comunidad educativa de Trabajo Social, del equipo del Centro de Salud N° 57 de Argüello IPV y de la comunidad en general.

En el siguiente documento quedarán plasmadas las diversas posiciones y posicionamientos que puede adoptar el Trabajo Social a través de los integrantes de la salud en torno a este Campo en disputa: Salud, Salud Sexual; Derechos Sexuales y (no) Reproductivos e Interrupción Voluntaria del Embarazo.

(...) No hay lectura inocente, toda interpretación del mundo, toda forma de conocimiento de lo real, está indefectiblemente situada por el posicionamiento de clase, la perspectiva política ideológica, los intereses materiales, los condicionamientos culturales o la subjetividad (consciente o *inconsciente*) del intérprete. (Grüner, 2006, p. 105).

El proceso de tesis se inició definiendo la temática: Interrupción Voluntaria del Embarazo, en el año 2017. A pesar de ello, desde la posición de la referente institucional, se planteó desarrollar los Derechos Sexuales y (no) Reproductivos con una aproximación a la Interrupción Voluntaria del Embarazo:

Desde este marco, el objetivo de la tesis de grado propone una mirada crítica hacia la práctica tanto pre-profesional como profesional en su campo de intervención social, para desde este lugar pensar en posibles caminos subalternos al orden establecido, que propicien la emancipación de aquellos sectores que ven postergados sus derechos de forma sistemática. Toda intervención social deja huellas, por esto el objetivo es pensar en

una posible contribución desde la praxis que se oriente hacia una mejora en la calidad de vida de las personas con las que nuestra profesión interviene.

*Programas Inconscientes*, refiere al lugar de aquellas miradas de vigilancia epistemológicas que contribuyen a la elaboración de la estrategia de intervención, ya que estas miradas, muchas veces inconscientes, fundan a las prácticas. Desde esta perspectiva, se remarca la importancia de la formación e intervención de los trabajadores sociales, ya que estas miradas repercuten en el posicionamiento de los profesionales con respecto al Capital en disputa, invisibilizando aquellas prácticas instituyentes de transformación social.

El objetivo es visibilizar lo velado del orden instituido en cuanto a los derechos en relación a la Salud, Salud Sexual, los Derechos Sexuales y (no) Reproductivos y la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Siendo el objetivo específico de la misma, a través de ciertas recomendaciones, el poder contribuir a la creación de nuevos espacios de intervención pre-profesional.

El siguiente trabajo se encuentra estructurado en tres capítulos centrales:

El primer capítulo es una reconstrucción conceptual y referencial en torno a la temática, por lo que se plantea la misma desde una visión histórica sobre el aborto, el cual no siempre es voluntario, el Sistema de Salud Nacional, la Atención Primaria de la Salud (APS).

En este capítulo también se presenta el marco normativo y de las políticas públicas en Salud Sexual (SS) y Derechos Sociales y (no) Reproductivos (DSy(no)R); así como el contexto actual del Campo problemático. Las categorías teóricas centrales que orientaron la intervención son de la teoría de Campo de Bourdieu y de las Teorías Feministas, tales como: agente sociales y Campo, género, Paradigmas de Salud, concepciones de Salud, SS, Derechos sexuales (DSS), Derechos Sexuales y Reproductivos (DSyR), DSy(no)R, los factores que inciden en el reconocimiento de los DSy(no)R y su efectivización y aproximaciones a las concepciones de aborto y la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

El segundo capítulo describe y caracteriza al escenario de intervención pre-profesional en sus dimensiones comunitaria, institucional y en referencia a las sujetas de la intervención pre-profesional. Así como también, intenta recuperar sus discursos, las demandas, representaciones sociales del Campo en disputa y su posicionamiento en el

mismo y por último se exponen datos cuanti-cualitativos de la sistematización realizada por los profesionales en el año 2017 y 2018 con respecto a la IVE.

El tercer capítulo, desarrolla y precisa la intervención del Trabajo Social propiamente dicha, es decir que se especifica el objeto de intervención de esta práctica pre-profesional y las estrategias de intervención desarrolladas, así como su fundamentación, análisis de los principales aportes y dificultades. Así como también los actores sociales del Campo en disputa y sus posiciones y posicionamientos en torno a él y la metodología utilizada para tal fin.

Hacia el final, se pueden encontrar las reflexiones finales en torno a este proceso y sobre esta práctica en particular.

Es necesario introducir al posicionamiento desde el cual el presente trabajo pretende abordar la problemática de la IVE desde una visión compleja y abarcativa, y por ello desde una perspectiva de género y Derechos Humanos (DDHH). En cuanto a la concepción de Salud, se trabajó desde el *Paradigma de Salud* como conflicto y como capacidad de lucha.

Sobre la noción de paradigma, en la década de los '60, Tomás Kuhn produce una ruptura en la forma tradicional de conocer el desarrollo científico, y desde ese lugar crítica al modelo tradicional y propone un nuevo enfoque. En su libro *La estructura de las Revoluciones Científicas* (1962), postula que no puede comprenderse un descubrimiento sino dentro del contexto histórico en el cual se desarrolla, y de las ideas de época.

En este sentido, propone un nuevo concepto al que denomina *paradigma*, definiéndolo como una forma de ver el mundo, una concepción global de la existencia de las personas y de la naturaleza. En un sentido restringido, se liga a la noción de modelo y cobra su dimensión en el análisis del conocimiento científico. Las revoluciones científicas son el resultado del reemplazo de un paradigma por otro a medida incompatible con el anterior, e inconmensurable, ya que las teorías que pertenecen a paradigmas diferentes no pueden comunicarse entre sí en los mismos términos.

Desde este marco, los investigadores, utilizan el *paradigma* como marco teórico/metodológico para dar sustento a las interpretaciones de los fenómenos sociales que investiga, ya que los mismos se encuentran insertos en un contexto social específico, y este trabajo permite una mayor profundidad en el análisis.

En torno al *pensamiento complejo* de Morin (1994), se recupera para comprender el pensamiento como multidimensional. Así, el autor parte de pensar al saber cómo algo no parcelarizado, ya que existe una contradicción inherente a las realidades más profundas, que en su antagonismo se vuelven complementarias:

Nunca pude, a lo largo de toda mi vida, resignarme al saber parcelarizado, nunca pude aislar a un objeto de estudio de su contexto, de sus antecedentes, de su devenir. He aspirado siempre a un pensamiento multidimensional. Nunca he podido eliminar la contradicción interior. Siempre he sentido que las verdades profundas, antagonistas las unas de las otras, eran para mí complementarias, sin dejar de ser antagonistas. Nunca he querido reducir a la fuerza la incertidumbre y la ambigüedad; la complejidad aparece allí donde el pensamiento simplificador falla. Pero pone orden, claridad, precisión en el conocimiento (...). El pensamiento complejo aspira a un conocimiento multidimensional, pero sabe que el conocimiento completo es imposible". (Morin, 1994, p.11).

Por otra parte, es necesario hacer algunas aclaraciones introductorias con respecto al uso del lenguaje en esta escritura académica. Bourdieu, Chamboredón y Passerón, (2002) evidencian la importancia que ocupa el lenguaje en los procesos de conocimiento:

El lenguaje común encierra toda una filosofía petrificada de lo social, siempre dispuesto a resurgir en palabras comunes o expresiones complejas; expresa en muchas ocasiones prenociones desde las que hay que defenderse a partir de rupturas y la vigilancia epistemológica del sentido común presente en las palabras que utilizamos, desde las cuales pensamos y construimos el objeto de conocimiento. (Bourdieu, Chamboredón y Passerón, 2002, p. 37).

El lenguaje como aspecto central de la cultura es otra expresión y consecuencia del proceso de colonización, tal es el caso de este país, República Argentina. La lengua

también es un campo de disputa, entre lo instituido y lo instituyente. Por este motivo, el Trabajo Social como Campo de problemáticas sociales, apunta a la transformación del orden social establecido. Parafraseando a Aquín (1996): Lo que no se nombra no existe.

Se entiende que el uso del *lenguaje legitimado*, reconocido como *oficial* por la Real Academia Española (RAE) sólo sigue reproduciendo la desigualdad histórica a través de la masculinización del lenguaje sexista, donde lo masculino es dominante. Es por ello que se utilizará lenguaje no binario a través de la letra E, dado el carácter dividido del uso de expresiones como los/as, las cuales siguen dejando sin representación a otras identidades sexuales disidentes.

## Capítulo I: Marco conceptual, teórico, político referencial y normativo en torno a la Intervención Voluntaria del Embarazo

*El viento puede azotar la montaña, pero la montaña no lo reverencia.* Anónimo.

### I.1- Sistema de Salud Argentino -y su división en subsistemas- y la Atención Primaria de la Salud como estrategia

Para comenzar, es necesario caracterizar el Sistema de Salud Argentino y su división en subsistemas dado que la organización de Salud se configura por dentro del mismo. A su vez, también se vuelve preciso caracterizar la Atención Primaria de Salud como estrategia en la cual se enmarca esta intervención y la construcción del objeto de intervención de esta práctica, desde el Sistema de Salud.

El Sistema de Salud de nuestro país se caracteriza por su subdivisión en tres subsistemas: el público, el privado y el de obras sociales. Así, el subsistema público, cuyos recursos económicos y materiales provienen del sistema impositivo. Provee los servicios de la salud de forma gratuita, a través de una red de hospitales públicos y centros de salud destinados a toda la población argentina, y financiado, asignado y provisto por el Estado. En los hechos, abarca aproximadamente a un 30% de la población y en su mayoría son personas que poseen bajos ingresos económicos, los sectores que acceden al subsistema público carecen de la cobertura de alguno de los otros dos subsectores. (Acuña y Chudnovsky, 2002). Este subsistema opera a través de los Ministerios de Salud en sus tres niveles: nacional, provincial y municipal. Cada provincia posee autonomía respecto a las decisiones sanitarias en sus jurisdicciones, debido a la descentralización de la salud.

Siguiendo a Acuña y Chudnovsky (2002), el subsector de las obras sociales se consolidó durante el gobierno de Onganía en la década de 1970, aunque su creación fue durante las décadas anteriores. Las obras sociales se constituyen como un seguro social para la protección de los trabajadores asalariados y sus familiares directos, cuyo aporte es obligatorio a través de contribuciones de los empleados y sus empleadores. Incluye a los jubilados y los pensionados. Existen en nuestro país un importante número de obras sociales.

El subsistema en el cual el Estado ha tenido históricamente una mínima intervención regulatoria en el área ha sido el privado, bajo la denominación de empresas de Medicina Prepaga agrupa un conjunto de entidades cuya oferta presenta una variedad de precios y servicios cubiertos mucho mayor que las obras sociales. Estas empresas con fines de lucro se financian a partir del aporte voluntario de sus clientes, que por lo general son de medianos y altos ingresos. (Acuña y Chudnovsky, 2002).

A partir de este recorrido, se puede reconocer al Centro de Salud N° 57<sup>1</sup> como ubicado dentro del subsistema de salud público de jurisdicción Municipal de la Ciudad de Córdoba, como efector del primer nivel de atención. Desde el mismo, se trabaja desde la Atención Primaria de la Salud como principal estrategia de prevención y promoción en salud.

Se desarrollará a continuación, una breve conceptualización sobre la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS). La APS es una estrategia desarrollada en la Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1977, a partir del reconocimiento universal de la salud como derecho, teniendo como objetivo el progreso general social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de la persona, la familia y la comunidad con el sistema sanitario nacional, que lleva los servicios de salud lo más cerca que sea posible de los lugares en que viven y trabajan las personas y constituye el primer elemento del proceso constante de cuidado de la salud (OMS, 2012).

La APS es una estrategia que concibe integralmente los procesos de salud-enfermedad-atención de las personas y de la comunidad, a través de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción y la rehabilitación de la salud. Así como también, puede ser la respuesta social organizada más contundente para defender el más importante de los DDHH: el derecho a la vida, con equidad y justicia social. Su propósito es mejorar el estado sanitario de la comunidad, involucrándose a través de la participación social, brindando cobertura universal mediante actividades de promoción y prevención de la salud. (Gagliano, Mántaras y Nicora, 2012). En este sentido, el Centro de Salud N° 57 lleva adelante esta estrategia, tal como lo expresan sus profesionales:

El Centro de Salud N° 57 del contexto municipal de centros de salud es muy famoso, en el sentido de cómo trabaja

---

<sup>1</sup> Ver Anexo N° 1.

porque tiene muchos proyectos comunitarios. Entonces, ya sea la radio comunitaria Rimbombante, ya sea el proyecto de zumba de mujeres y hombres también, sólo que en las distintas actividades participan más las mujeres en lo que tiene que ver la salud, de 15 años en adelante (...) tiene proyectos de salud ambiental con temas de los basureros (...) proyectos de educación sexual en las escuelas, trabajamos con las escuelas, con los comedores, con las guarderías, en fin. (E. N° 4).

El primer nivel de atención no es sinónimo de APS, sino que se refiere a las acciones más elementales del sistema de salud, pero en ésta tiene una trascendencia particular, ya que satisface las necesidades sanitarias que expresa la comunidad a través de servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Promueve la máxima autonomía comunitaria e individual, la participación en la planificación, ejecución, control y evaluación de los programas de APS, capacitando a sus habitantes para una participación activa. (Gagliano, Mántaras y Nicora, 2012).

El segundo y tercer nivel de atención se refieren a agrupaciones de respuestas de diferente grado de complejidad y especialización ascendentes que actúan en base a lo detectado en el primer nivel de atención. Los niveles de atención se complementan y articulan entre sí para cubrir las necesidades sanitarias de la población. (Gagliano, Mántaras y Nicora, 2012).

El sistema de Atención Primaria de Salud municipal está conformado por la Dirección de Atención Primaria de Salud (DAPS)<sup>2</sup>, una subdirección, diferentes departamentos de servicios, y los distintos centros de salud, contando, cada uno de estos, con un encargado o coordinador. Los encargados de los centros de salud dependientes de la DAPS han sido históricamente designados de manera *arbitraria* por la misma Dirección, siendo profesionales de la medicina quiénes ocupan estos cargos principalmente.

---

<sup>2</sup> La Historia de la DAPS tiene sus orígenes en 1974. Fue justamente en ese año cuando el Consejo Deliberante de la Ciudad de Córdoba, determinó mediante la Ordenanza N° 6322 que el Intendente contaría con la colaboración de funcionarios municipales denominados Secretarios y Subsecretarios. Con la reglamentación de esta Ordenanza surgió la creación del Servicio de Atención Médica Periférica, cuya denominación cambiaría en varias oportunidades hasta llegar a poseer su nombre actual: Dirección de Atención Primaria de la Salud. (Egidos, y Graco, 2011). Ver Anexo N° 2.

En los últimos años, a partir del trabajo interdisciplinario de los actores de salud y de la comunidad, se comenzó a plantear la necesidad de que estos cargos sean ocupados por otros profesionales que forman parte del sistema, como así también de la necesidad de contar con más capacitación en este tipo de tareas, ya sea de coordinación, gestión, etc., en el primer nivel de atención.

## I.2- La categoría de Campo Social y las posiciones de agentes sociales: Campo de Salud

A continuación, se conceptualizará a la salud como un campo de disputa, lo que nos lleva a localizar como parte de ese campo, a la institución donde se realizó la práctica. Para ello se utilizará el marco teórico de Bourdieu.

Bourdieu (1987), define los Campos sociales como: “Espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias” (p.108). Existen diferentes Campos, presentados como: “sistema de posiciones y de relaciones entre posiciones” (Costa, 1976, p. 3). Un Campo se define por lo que está en juego y los intereses específicos del mismo.

Su estructura es un estado de relaciones de fuerzas entre los agentes y las instituciones comprometidos en el juego. El campo se constituye en un espacio de lucha destinada a conservar o transformar ese campo de fuerza, ya que los agentes que participan en el Campo tienen intereses compartidos y diferentes que los hace participar en ese juego.

Por ello, es que se redefinen constantemente, las luchas y el consenso en cada campo están constituidos por diferentes variedades de capitales, y los agentes juegan por el capital específico en disputa. El campo implica relaciones de poder, es decir, que cada agente lucha por una posición dentro del Campo. Ello significa que las relaciones objetivas son relaciones entre posiciones ubicadas en la distribución de recursos, noción que abre paso al concepto de Capital. Para Bourdieu, no sólo existe el Capital económico, sino también propone las nociones de Capital cultural, Capital social y Capital simbólico.

Los Capitales son poderes sociales, basados en la acumulación de recursos de distinta índole. El Capital económico es la acumulación de recursos materiales de los que se apropian los individuos, que también consumen, distribuyen, acumulan o pierden. El capital social es la suma de recursos actuales o potenciales relacionados a la posesión de una red durable de relaciones más o menos institucionalizadas de mutua correspondencia

y reconocimiento, en otras palabras, pertenecer a un grupo. El Capital cultural incluye tres formas: incorporado, objetivado e institucionalizado; el primero, bajo la forma de disposiciones durables (habitus) relacionadas con determinado tipo de conocimientos, ideas, valores, habilidades, etc.; el segundo, en estado objetivado, bajo la forma de bienes culturales, cuadros, libros, instrumentos y el tercero, en estado institucionalizado, como lo son distintos títulos; y el Capital simbólico se expresa en el prestigio, el reconocimiento y los conocimientos.

El Campo es un sistema competitivo de relaciones sociales que funciona de acuerdo a una lógica específica. Es un sistema determinado de posiciones que los agentes ocupan según su habitus. A la vez, cada Campo genera su habitus específico. La relación entre Campo y habitus es una relación de condicionamiento: el Campo estructura el habitus, que es producto de la incorporación de la necesidad de este campo o de un conjunto de campos más o menos concordantes. Pero, también es una relación de conocimientos o construcción cognoscitiva: el habitus contribuye a constituir el Campo como mundo significante, dotado de sentido y valía, donde vale la pena desplegarlas propias energías.

La relación de conocimiento depende de la relación de acondicionamiento que le precede y que conforma las estructuras del habitus. Bourdieu (1980), define al habitus como principio generador de estrategias que permite a los agentes enfrentarse a situaciones imprevistas y siempre cambiantes. Un sistema de disposiciones duraderas y transferibles que, integrando experiencias pasadas funciona en todo momento como una matriz de percepciones, apreciaciones y acciones y hace posible el alcance de infinitas y diversas tareas.

El habitus es consecuencia de las condiciones objetivas, y por otro lado es el capital a partir del cual el agente define su acción ante nuevas situaciones que se le presentan, según las representaciones que posee de las mismas. Es decir, el habitus es potencia, recurso, necesidad y limitación. Se trata de aquellas disposiciones a actuar, percibir, valorar, sentir y pensar de una cierta manera más que de otra, disposiciones que han sido interiorizadas por la persona en el curso de su historia. “El habitus es pues, la historia hecha cuerpo”. (Gutiérrez, 2004, p. 68.)

El habitus es la sociedad inscrita en los cuerpos, lo social hecho cuerpo en los sujetos. Es a la vez, un sistema de esquemas de producción de prácticas y un sistema de

esquemas de percepción y de apreciación de las prácticas; sus operaciones expresan la posición social en la cual se ha construido. Es historia individual y colectiva:

El habitus que es el principio generador de respuestas más o menos adaptadas a las exigencias de un campo es el producto de toda la historia individual pero también, a través de las experiencias formadoras de la primera infancia, de toda la historia colectiva de la familia y de la clase. (Bourdieu, 1979, p. 112).

El volumen global de capital hace referencia al conjunto de recursos, es decir, la suma de todos los capitales que el agente puede utilizar. Y la estructura de capital: “Consiste en formas diferentes de distribución del capital global entre las distintas especies de apital (...) se constituye según el peso relativo de cada uno de los capitales que lo conforman”. (Gutiérrez, 2004, p. 42.) Ambas, volumen global del Capital y la estructura del Capital representan dimensiones donde se desenvuelven los agentes en el espacio social global.

Así, los agentes son distribuidos en el espacio social global, en la primera dimensión según el Volumen Global del Capital que poseen bajo diferentes especies, y, en la segunda dimensión, según la estructura de su Capital, es decir según su peso relativo de las diferentes especies de Capital, económico y cultural, en el Volumen total de su Capital. (Bourdieu, 1987).

Desde Trabajo Social se reconoce a los otros como personas activas en una realidad social y producto de relaciones sociales, como sujetos portadores de distintos Capitales, capacidades y saberes con los cuales se despliegan estrategias para resolver sus necesidades de Salud y afrontar los obstáculos en su vida cotidiana. En esta línea, el autor plantea que los agentes sociales son poseedores de diferentes Capitales, de acuerdo a estos Capitales y las trayectorias ocupan una posición en el Campo, y esta posición determina las estrategias de dichos agentes.

### I.3- Aportes desde la Teoría Feminista: notas sobre perspectiva de género y la interseccionalidad

Para comenzar, es necesario introducir los aportes de la teoría feminista como marco teórico y referencial para situar el abordaje de los DDSS y (no) RR y

particularmente de la IVE. En este contexto, se vuelve necesario poder acercarnos a la perspectiva de género y la interseccionalidad como herramientas posibles en las intervenciones profesionales.

La perspectiva de género es una categoría analítica desarrollada por los movimientos feministas y es el producto de debates y disputas. Se utiliza para explicar el ordenamiento social, la distribución desigual de recursos, las opresiones y relaciones de subordinación que esas relaciones de poder generan explicitando y visualizando a las mismas. Esta perspectiva es utilizada por los educadores para disputar sentidos y promover cambios, tales como relaciones sociales equitativas, la igualdad de derechos entre los diferentes sujetos sociales que conforman la sociedad.

Contempla la dimensión histórica, cultural y de estructura de poder en donde adquieren significados, prácticas, relaciones sociales, representaciones sociales, instituciones y normas que las sociedades elaboran a partir de las diferencias biológicas.

Género, es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. Es la asignación cultural que se hace, es una lectura del sexo biológico a partir del cual se asignan y construyen mandatos sociales (en términos binarios e imperativos) que va a tener alguien por el hecho de ser mujer o varón<sup>3</sup>. El género se refiere a lo construido socialmente, a lo simbólico. (Soldevilla, 2011).

El patriarcado es un ordenamiento social que reproduce relaciones inequitativas de género, naturaliza conductas de dominación y exclusión, siendo la violencia hacia las mujeres una de sus manifestaciones. La vigencia del patriarcado articulado con el capitalismo instituye relaciones desiguales entre géneros, generación, clase, posiciones que definen jerarquías expresadas en binomios superior/inferior, fuerte/débil, produciendo fragmentaciones, divisiones en términos excluyentes entre lo masculino y femenino, sin posibilidad de visualizar otros cuerpos y subjetividades, que se naturalizan y reproducen en todos los espacios sociales, públicos y privados.

Este sistema patriarcal y capitalista se sostiene en base a dos pilares fundamentales: la división sexual del trabajo y la socialización de género. La división sexual del trabajo se refiere a la asignación de funciones, actividades, tareas de acuerdo a las asignaciones correspondientes a mujeres y varones. Se plantea la división en términos

---

<sup>3</sup> La categoría género fue cuestionada por los movimientos feministas que le dieron origen, ya que planteaba en un inicio la diferencia atribuida y mandatos sociales, espacios y roles adjudicados por el hecho de ser hombre- mujer, sin considerar identidades sexuales disidentes.

de producción por un lado y reproducción por el otro, circunscribiéndoles a espacios diferentes y diferenciados: lo productivo, con el mundo público del trabajo referido al género masculino; y lo reproductivo, con el mundo privado de la casa al género femenino.

Esta división se sostiene asignando funciones, espacios diferenciados que poseen valoraciones y jerarquías sociales (relaciones de poder en términos de dominación) incorporándose como mandato social que refiere a una esencia femenina-masculina; a fundamentos biológicos: *capacidad de reproducción biológica*, y a-históricos que naturaliza estas divisiones. (Soldevilla, 2011).

La socialización de género refiere a los procesos educativos no formales y formales que disciplinan, educan y construyen sujetos sociales, reproductores de una cultura y de una sociedad. Esta socialización constituye un soporte fundamental para el sostenimiento y naturalización de la división sexual del trabajo. Se aprende a ser varón y a ser mujer desde el nacimiento, el espacio social familiar aparece como una de las primeras fundantes de aprendizajes que se van ampliando en articulación con otros espacios ligados a la educación, el trabajo, etc. en todas las relaciones y espacios de interacción social. (Soldevila, 2011).

El género se diferencia de la identidad de género, la cual define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a las personas organizar un autoconcepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género. La identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia. (Pauluzzi, 2006).

La atribución de género, se produce a partir de la lectura biológica en el momento del nacimiento, los genitales determinarán la rotulación femenino- masculino. Mientras que el rol de género, apunta al conjunto de expectativas acerca de comportamientos sociales apropiados para el contexto, hacia una persona que posee un determinado sexo.

Por otra parte, es necesario conceptualizar nuevos aportes como la interseccionalidad, que surgen desde la Teoría Feminista, los cuales son necesarios de pensar en la práctica de la intervención del Trabajo Social. La misma, es una herramienta de análisis y estrategia que posibilita visualizar las diversas opresiones y discriminaciones que padecen las sujetas de la intervención. La interseccionalidad tiene en cuenta como el contexto histórico, político, económico, social, cultural, instaure y determina diversas

expresiones de discriminación y opresión en relación a las mujeres e identidades sexuales disidentes, centrándose en las particularidades que conforman las identidades.

Dicha herramienta permite analizar el entrecruzamiento de diversas formas de discriminación, entre ellas podemos mencionar: el hecho de ser mujer; pertenecer a una determinada clase social (pertenecen a sectores desfavorecidos); la etapa de desarrollo humano que atraviesan (jóvenes); status de ciudadane (jóvenes que se encuentran en situación de vulnerabilidad). Estos elementos permiten reconstruir la biografía de las personas: identificar las oportunidades que han tenido, los obstáculos, las necesidades insatisfechas, los derechos que les han sido vulnerados.

Desde el feminismo decolonial, se propone indagar y poner en cuestión los lugares de privilegios de los sectores más favorecidos de la sociedad, analizar su posición en el espacio social, para contrastar las diferentes violencias a las que las personas se hallan expuestas. Estos análisis y reflexiones posibilitan pensar su identidad como producto de diversas opresiones y desigualdades, con el fin de pensar y pensarse en lugares diferentes y construir nuevas alternativas a la realidad vivida, a través del empoderamiento, la construcción de proyectos personales, el fortalecimiento de vínculos relacionales y capacidades necesarias para una vida autónoma.

En cuanto a los imaginarios, la vida cotidiana de un grupo social, nos revela la estructura significativa transmisora de ideologías de las personas. A través de ella, las personas: “reciben en forma codificada una visión del mundo y de su lugar en él”. (Giorgio, 1984, p. 83).

En lo concreto, estas categorías propuestas por las Teorías Feministas y la perspectiva de género, atravesaron la práctica pre-profesional, debido a que el 90 % de personas que se autoperciben como mujeres, fueron quienes demandaron una consulta, siendo un 1% no binarie, y un 9 % masculino. Categorías centrales para analizar el proceso de intervención: “la principal demanda es la violencia de género”. (E. N° 1).

Por otra parte, la matriz de opresión patriarcal, también la reproducen las mujeres, adjudicándose a la mujer el deber de ser quién cuide de la SS de la pareja y que ser madre es un deber por el hecho de ser mujer y además postulan que las mujeres *son liberales*, generalmente estos discursos se asocian a mujeres que tienen relación con algún tipo de religión, la cual se encuentra muy presente en el barrio y generan en las mujeres sentimientos de culpa y vergüenza: De hecho, una referente barrial menciona en torno a la irresponsabilidad de los cuidados: “que quedan embarazadas por gusto, porque ellas saben cómo cuidarse, saben dónde conseguir los métodos”. (Allende, Domínguez, 2018).

#### I.4- Concepciones sobre Salud, Salud Sexual y Derechos Sexuales y (no) Reproductivos

En cuanto a la Concepción de Salud, se trabajó desde el Paradigma de Salud como conflicto, como capacidad de lucha. Siguiendo a Ferrandi (2010), Salud es "...la capacidad individual y social de modificar las condiciones que limitan la vida" (p. 5). Las personas poseen salud si resuelven los conflictos y mantienen el intercambio. La conquista de Salud es una conquista de derechos sociales.

Las intervenciones que conciban de este modo a la Salud tienen como propósito la constitución de sujetos de derechos. Se inscribe en la búsqueda de autonomía. Entra en este *paradigma* la categoría de *poder*. Es una relación donde se definen, interpelan o ratifican relaciones de poder, se acumulan o desacumulan potencias capaces en algún momento de cuestionar los saberes de expertos y los saberes cotidianos, se busca cambiar las reglas de juego, tendiendo a promover el ejercicio del conjunto de DDHH.

La mayoría de los efectores del Centro de Salud N° 57, en torno a la Salud se posicionan desde la Salud como un derecho de los sujetos:

(...) la definición de salud como derecho (...) implica que (...) lo que se tiene que lograr es condiciones de equidad en salud, condiciones de justicia (...) condiciones solidarias (...) Y condiciones de libertad (...) asegurar que las acciones brinden condiciones de libertad a los niños en salud y eso significa poder elegir con quién atenderse, en qué momento, de qué forma, respetando un montón de condiciones culturales, de conocimiento. (...) Condiciones de justicia para lograr un estado de salud adecuado, significa: es que le llegue lo que tiene que llegar al momento justo. Si ahora se necesita cubrir una patología, sí, tiene que cubrirse, pero también eh, que se pueda cubrir una necesidad (...), de fortalecer algún vínculo familiar o lo que se esté valorando al momento del encuentro con el individuo o a nivel colectivo (...) el proceso de salud-enfermedad. Entonces, decíamos que los determinantes sociales son los que influyen sobre el proceso de salud y enfermedad. ¿Cuáles son los determinantes sociales? Trabajo, educación, eh... alimentación,

vivienda, medio ambiente. Entonces, si esos son los condicionantes que influyen sobre el proceso salud-enfermedad, vamos a tener que trabajar de esa forma, intersectorial, participativamente, desde la promoción de salud sobre esos determinantes y entonces, tenemos que sí o sí no sólo trabajar con la gente sino con organizaciones pensando en todos esos determinantes que influyen. (E. N° 2).

(...) la salud es un derecho y es dinámico no es algo estable, tiene que ver con el trabajo, con el agua potable, que no es un problema individual o aislado, sino que es comunitario, lo que pasa una familia expresa lo que pasa en el barrio y en la ciudad donde estamos y en el país. En eso hay mucho acuerdo y mucha capacidad de análisis para el momento de atender, de contextualizar dónde estamos atendiendo (...). (E. N° 1).

Rodigou (2008) plantea que, en la actualidad, se puede identificar la vigencia de dos paradigmas en relación a la SSyRR por parte de los agentes de salud:

El Paradigma de la Salud Reproductiva: bienestar físico, psicológico y social en todos los aspectos relativos a la reproducción. Sin embargo, se centra en los aspectos biológicos del proceso especialmente en las cuerpos de las personas gestantes. Hay una desvalorización y negación de las capacidades decisorias de las personas. Aquí los agentes de salud operan como agentes de control social, desde una perspectiva biologicista.

Por otro lado, el Paradigma de los Derechos Reproductivos parte de reconocer el status de sujeto, el reconocimiento de ciudadanía. Supone a la persona responsable, autorizada a discutir los problemas de su vida (sujetos de derechos). Las intervenciones que se conciben dentro de esta posición, tienen como propósito la búsqueda de autonomía por parte de los actores. Se trata de transformar la realidad, en donde el eje fundamental no es la administración de recursos, sino cuestiones relacionadas con los derechos y la accesibilidad al sistema de salud en tanto recuperación de ciudadanía.

Por otra parte, es necesario reconocer que existen factores que inciden en el reconocimiento de los DSy(no)R y su efectivización. En torno a esto, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), en su art. N° 16: Otorga a las mujeres el derecho a decidir si quieren tener hijos, cuántos, con qué espaciamiento y

en qué condiciones. Así, comienza a hablarse de DSyR como un problema de Salud y DDHH, vital para el vínculo con les habitantes y el desarrollo. Considerando el modo particular en que la sexualidad y la reproducción afecta a las personas gestantes, se trata de un cambio de *paradigma* en la consideración del problema, las personas gestantes dejaron de ser objeto de una política para pasar a ser sujetos de derechos. Este hecho, es en su mayoría efectivamente así en el Centro de Salud N° 57.

Se desplaza la atención del control de la natalidad y cobran importancia cuestiones como el empoderamiento de las mujeres y disidencias, la equidad de género, la libre elección sexual y la equidad en la distribución de los recursos. En este sentido, se propone que les habitante ya no pueden ser entendidos desde una óptica puramente demográfica, ya que su comportamiento es decisivo para lograr el desarrollo en todos los aspectos. Machicao Barbery (2004), postula que se señala también la importancia de la Salud Sexual y Reproductiva (SSRR) como un derecho fundamental de las personas y la necesidad de promoverlos y de garantizarlos.

La evaluación de la relación entre Salud y desarrollo, a partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo en 1994, dónde por primera vez reconoce explícitamente los derechos de las mujeres y las niñas como DDHH, y califica la violencia -aún en el ámbito privado- como una violación a los DDHH y se desplaza de las metas demográficas al respeto por los derechos. Así, comienza a hablarse de DSyR como un problema de Salud y de DDHH, vital para el vínculo con población y desarrollo. Se señala también la importancia de la SSRR como un derecho fundamental de las personas y la necesidad de promoverlos y garantizarlos. (Maffia, 2006).

Un análisis complejo considera no sólo una buena política en salud pública (efectividad, cobertura, factibilidad, costo, participación comunitaria), sino también una buena calidad de DDHH, entre estos podemos mencionar: leyes de SSRR y de violencia basada en el género; acceso a la información, la anticoncepción y el parto seguro, participación e involucramiento de las mujeres y disidencias en la implementación de políticas y programas; equidad de género en las políticas públicas.

La definición de SS del Programa de Acción de El Cairo abarca todas las etapas de la vida de una persona y no sólo su etapa reproductiva. También, el desarrollo de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención respecto de la reproducción y enfermedades de transmisión sexual. Los Derechos Sexuales (DDSS) crean las condiciones que permiten que las personas determinen si quieren vincular la

actividad sexual con fines reproductivos o no, y refuerzan su derecho a tener prácticas sexuales no reproductivas.

Para adentrarnos a los DSy(no)R, es necesario aclarar algunos conceptos previamente. Algunos de ellos son:

- Sexo, se refiere a las características biológicas mediante las cuales se clasifica a los sujetos en forma binaria (mujer- hombre). (Pauluzzi, 2006, p.77).
- Sexualidad, es una dimensión fundamental de la subjetividad de las personas, basadas en el sexo, incluye al género y las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, vínculos afectivos y el amor. Expresa las formas de estar en el mundo, de interacción con uno mismo y con los demás. Se expresa y experimenta a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores. Se entiende como una construcción socio-histórica, cultural y deseante. Cada sociedad limita lo permitido y lo prohibido, construyendo prácticas, mitos y prohibiciones de eficacia simbólica. (Pauluzzi, 2006, p.77).
- La SS es la experiencia permanente de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado a la sexualidad, se observa en las expresiones libres y responsables de manera individual y social. (Pauluzzi, 2006, p.77).
- La SSyRR, requiere una actitud positiva y respetuosa sobre la sexualidad y las relaciones sexuales. Se enfoca en establecer relaciones de disfrute y placer de una vida sexual libre de violencia, sin riesgo de procreación y la libertad para decidir si tener hijos, o no, y con qué frecuencia o esparcimiento. Son fundamentales para tomar decisiones autónomas, sobre nuestra sexualidad, Salud, vida y cuerpos.
- DDSS, son aquellos derechos que involucran la capacidad de disfrutar de una vida sexual libremente elegida, satisfactoria, sin violencia ni riesgos.
- DSyR, son reconocidos como DDHH básicos y son una parte inalienable, integral e indivisible de los mismos. Son inherentes a mujeres, disidencias y hombres sin distinción de edad, clase o etnia al igual que el derecho a la vida, a la calidad de vida o a la libertad, con los cuáles están directamente relacionados. Son derechos básicos de las personas a acceder a la información, a los servicios de atención y a los medios necesarios

para alcanzar una vida sana, libre y plena, sin ningún tipo de discriminación, en el ámbito de la SSRR.

- DSy(no)R, son los Derechos Reproductivos, pero la denominación pone el foco en que se pretende separar de la reproducción, orientándose al goce de la sexualidad, en concordancia con los DDHH.

Con respecto a esta última conceptualización, Allende y Domínguez (2019), retoman los aportes de Brown. (2008) quién propone utilizar la palabra “no” delante del término reproductivo:

El concepto de DSyR alude simultáneamente a tres aspectos: 1) los derechos relativos a la seguridad en el embarazo, parto, puerperio, pero también acceso a la asistencia y tratamientos de fertilización asistida; es decir, aquellos elementos relacionados con la reproducción; 2) los derechos relativos a decidir si tener o no hijos o hijas, a decidir con quién, cómo y cuántos y a tener los medios seguros para poder llevar adelante esas elecciones, que se vinculan con la anticoncepción y aborto; 3) los derechos relativos al ejercicio libre de sexualidad sin discriminación, coerción, o violencia (...) para que ambas significaciones se visualicen rápidamente, pongo el (no) entre paréntesis. (Allende y Domínguez, 2019, p. 20).

Es decir, estos derechos se vinculan estrechamente al disfrute de un conjunto de otros tantos ya reconocidos por la legislación nacional e internacional: el derecho a la vida; la libertad y la seguridad personales; la integridad física y psíquica; la dignidad; la privacidad; la libertad de conciencia y pensamiento; la igualdad; y la educación, etc. Las personas tienen los derechos a: recibir atención gratuita e integral de la SSyRR; acceder a información y atención en un ambiente de respeto y garantía de confidencialidad; a elegir y recibir gratis el método anticonceptivo, incluidos la ligadura y la vasectomía en hospitales, centros de salud, obras sociales y prepagas (Programa de Salud Sexual y Responsable, Ministerio de Salud. 2002).

### I.5- Focalizando en Interrupción Voluntaria del Embarazo y su matriz de clandestinidad

El aborto legal o no punible (ANP), se trata de las excepciones establecidas en el Código Penal Nacional (CPN). En su art. N° 86 establece que les profesionales de la salud y la mujer no incurrir en delito de aborto en las siguientes situaciones: a). en casos de peligro para la vida de la mujer (inciso 1o); b). En los casos de peligro para la salud de la mujer (inciso 1o); c). Cuándo el embarazo sea producto de una violación (inciso 2o.); d). Cuándo el embarazo sea producto del atentado al pudor sobre mujer idiota o demente (inciso 2o). En éste caso el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto.

Según la conceptualización de Alanis, Barone, Britez y otros (2017), por IVE, se entiende que lo *voluntario* es en relación a la decisión exclusiva de la persona gestante, sobre su vida y su cuerpo. Por otro lado, el *aborto seguro*, es aquel que es realizado con prácticas seguras, utilizando métodos recomendados y respaldados por evidencia científica y en condiciones óptimas de seguridad e higiene, en dónde la atención sanitaria se encuentra orientada a proteger la salud de las personas gestantes. Por el contrario, el *aborto inseguro* es aquel que se realiza en condiciones sépticas que ponen en riesgo la salud y vida de las personas gestantes. Por último, el *aborto incompleto*, puede ser producto de un aborto espontáneo u inducido, debe ser atendido correctamente en los servicios de salud, ya que las complicaciones pueden derivar en muertes.

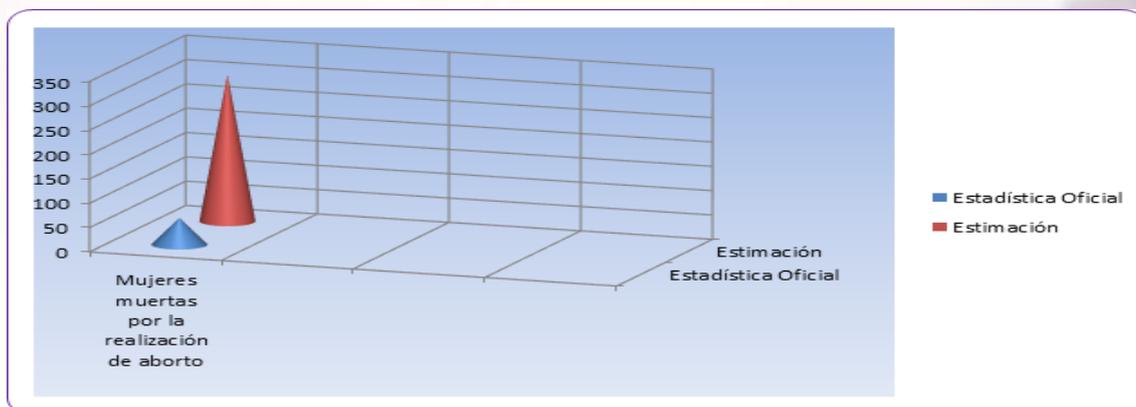
El Centr. atiende a todas las demandas de IVE, por medio de la Consejería pre y post aborto, ya que los efectores de salud se posicionan desde un amplio concepto de Salud, y la causal Salud establecido en el art. N° 86. inc. b). del CPN, les permite llevarlo a cabo. Como así también, contemplan las recomendaciones de la OMS y las Naciones Unidas (ONU)<sup>4</sup>, en contexto donde se estipula que en Argentina se realizan 500 mil abortos por año, siendo la principal causa de muertes evitables de las personas gestantes.

---

<sup>4</sup> El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, dictaminó sobre las obligaciones de los Estados en cuanto a la SSyRR. Estableció que *la criminalización del aborto y las barreras al acceso son violaciones a la obligación de respetar el derecho a la salud*. Argentina tiene la obligación de garantizar el acceso a los ANP, de acuerdo con las leyes vigentes, pero también tiene el deber de legalizar el aborto a demanda porque la criminalización y cualquier obstáculo para el acceso al aborto son discriminatorios y constituyen violaciones al derecho a la salud de las mujeres. El Estado Argentino está obligado a modificar leyes y políticas para cumplir con las obligaciones del tratado. También debe derogar normas que impongan requisitos como la autorización judicial o de terceras personas para el acceso al aborto; los Estados parte tienen obligación de garantizar el acceso al aborto seguro. Según este documento, Argentina está obligada en forma inmediata a prevenir abortos inseguros y, por tanto, debe garantizar el acceso al aborto seguro.

Cada 29 horas muere una *mujer* por la clandestinidad del aborto en Argentina. Alrededor de 60.000 internaciones anuales en hospitales públicos; tienen que ver con complicaciones de abortos mal practicados. Estas muertes, tienen además un signo generacional y de clase: las *mujeres* que mueren son en su mayoría *jóvenes y pobres*<sup>5</sup>.

Debido a la gran distancia existente que arrojan las cifras oficiales (Sistema Estadístico de Salud. Estadísticas Vitales Información Básica DEIS | Serie 5 Número 59. Argentina. 2015. p. 126). En cuanto al n° de personas gestantes que fallecen a causa de la realización de un aborto y lo estipulado por los especialistas, muere una persona cada 29 hs. en Argentina. Sumado a la existencia de subregistros, se elaboró el siguiente gráfico, el cual representa a las personas gestantes que fallecieron en el año 2015. Siendo el total 55 personas gestantes según las estadísticas oficiales y 302 según la estimación de los especialistas:



#### Cifras oficiales y subregistros de abortos.

Fuente: Elaboración propia.

La IVE en las personas gestantes era una práctica ancestral, llevada a cabo en diversas civilizaciones. En 1.800 A.C en el Antiguo Egipto, a través de papiros encontrados se sugerían métodos para prevenir embarazos no deseados y métodos abortivos. En el antiguo mundo grecoromano no era considerada la práctica ni crimen ni delito. Sócrates mantenía que el aborto era un derecho de las mujeres y los hombres no tenían voz en esos asuntos. Es por ello que se ubica la matriz<sup>6</sup> de las personas gestantes que deciden interrumpir voluntariamente su embarazo en el contexto de la conformación

---

Además, el Comité consideró que las leyes que criminalizan el aborto son discriminatorias, así como también aquellas que restringen u obstaculizan el acceso. Mariana Carbajal. 2017.

<sup>5</sup> Redacción La Tinta. 2016.

<sup>6</sup> Se entiende por matriz al origen: “al conjunto de instituciones que hace que una determinada clase humana surja”. Hacking, 1996. p. 173.

de los primeros Estados Nación. En este sentido, Perano (2014), plantea que en este período:

La primera obra criminológica es el *Malles Maleficarum* o el *El Martillo de las Brujas*, escrito por los autores Kramer y Sprenger que data de aproximadamente en la segunda mitad del siglo XV (1487). En este libro, sostiene, se hace una descripción de los procedimientos y la criminalización a la que eran sometidas las brujas en esos momentos. Esa criminalización, formaba parte del control social de ese momento (...). (p. 22).

Recordemos que las mujeres históricamente han sido catalogadas de *brujas*, *histéricas* y *locas*. Esa criminalización formaba parte del control social de ese momento y era llevada adelante por la Santa Inquisición de la Iglesia Católica, quienes se volvieron perseguidores de las mujeres consideradas herejes, a las cuáles se les practicaban diversos métodos de tortura en el interrogatorio y generalmente estos concluían en muerte. Recordemos que estas *Brujas* eran mujeres que poseían conocimientos sobre la sexualidad, el propio cuerpo, y las formas de anticoncepción eran parteras, alquimistas.

En la transición del feudalismo al capitalismo se produce la caza de brujas. La mayor persecución de mujeres se produce en el siglo XVI, una de las principales acusaciones hacia las *brujas* era la de realizar abortos voluntarios y contracepción, en dónde los conocimientos medicinales por parte de las mujeres eran vistas como peligrosas, y en dónde curar el cuerpo y el alma era algo reservado a Dios.

Con la necesidad de instaurar un nuevo modelo económico, el capitalismo modificó las relaciones sociales existentes, impuso la división sexual del trabajo y confinó a la mujer al espacio doméstico. El nuevo sistema buscó también ampliar su vigilancia sobre el cuerpo de las mujeres, por lo que el control que ejercían sobre su sexualidad y capacidad de reproducirse fue criminalizado.

La represión del sexo en la edad moderna, de la cual nos habla Foucault (1988), coincide con el desarrollo del capitalismo. Surge el discurso de que el sexo debe ser reprimido, ya que es incompatible con una dedicación intensiva al trabajo en general. En esa época donde se explotaba sistemáticamente a la fuerza de trabajo, únicamente se permitía un mínimo de sexualidad, que permitiera reproducirse como tal. En este sentido, la sexualidad femenina cuando no era reproductiva era peligrosa, desde ahí la sexualidad

fue nuevamente encerrada, muda. La familia la confiscó y el cuerpo de la mujer fue subordinado al jefe de la familia en este sistema capitalista, patriarcal. Se genera así, la represión y las prohibiciones y las consiguientes condenas. Este hecho se asocia al control del cuerpo de las mujeres y al proceso de disciplinamiento por parte del padre de familia, de la Iglesia Católica y del Estado.

El autor introduce el concepto de biopoder para referirse a la práctica de los Estados modernos de explotar numerosas y diversas técnicas para subyugar los cuerpos y controlar a los habitantes. Esa biopolítica, señala, fue un elemento esencial para el desarrollo del capitalismo, y facilitó la gobernabilidad del cuerpo social. Este concepto propuesto por Foucault (1979), es el *arte de gobernar*, no simplemente a nivel de la política estatal, sino el gobierno de una amplia gama de objetos y personas, como comunidades enteras en términos abstractos. A partir de allí, se fueron moldeando tipos de normatividad y formas de subjetividad.

Según Devis (2009) las palabras: *normal*, *normalidad*, *promedio*, *anormal* surgieron en la Europa tardía y eran ramas de la estadística que fueron utilizadas en Francia en el siglo XIX en el área de salud pública, imponiendo una visión hegemónica de lo que el cuerpo humano debería ser. Esta ideología fue proyectada desde la clase burguesa, quién utilizó a la ciencia para justificar la noción de normalidad como sinónimo de natural, no sólo para el cuerpo, sino también, para cualidades morales en donde las desviaciones de la mediana señalaban enfermedad, fealdad corporal o vicio moral.

La normalidad fue presentada como algo dado y no como producto de relaciones desiguales de poder. El concepto de normalidad implica que la mayoría de los habitantes deberían ser parte de la normalidad, y ésta se sitúa bajo el arco de la curva en forma de campana. La *Curva de Bell* tendrá en sus extremos aquellas características que se apartan de la normalidad.

La ideología de la normalidad opera desde una lógica binaria de pares contrapuestos, proponiendo una imagen deseable para cada caso y otra indeseable, lo que no es ni debe ser y que necesita la corrección normalizadora, por defecto. Toda norma funda una clasificación arbitraria y por lo tanto procesos de exclusión, al producirse la clasificación reproduce las condiciones para que las demarcaciones se sostengan y legitimen. De esta manera, la normalidad define a la desviación. La definición de la desviación varía de cultura en cultura. Es así, que en esta época el acto sexual estaba

asociado a connotaciones negativas, tales como el pecado, y el aborto como homicidio y delito y las mujeres que lo cometían eran *putas, pecadoras*<sup>7</sup>.

En 1869 la Iglesia Católica, mediante el Papa Pío IX determinó que los embriones poseen almas desde el momento de la concepción, por lo cual el aborto era equivalente al homicidio. Así, las mujeres que abortaban pasaban de ser *pecadoras* a *asesinas*. De esta manera, la Iglesia Católica influyó en el Estado para la configuración las respectivas legislaciones restrictivas en cuanto al aborto en diversos países, excluyendo a Rusia, que fue el primer país en legalizar el aborto en 1920.

En Argentina comienza en 1886 con la sanción del primer CPN, en el cual se penalizan todos los casos de aborto sin excepción alguna. Sin embargo, con la primera reforma del Código en 1903, se establece la primera salvedad: los casos de tentativa de interrupción del embarazo no son punibles.

Años más tarde, se realiza la segunda reforma del CPN en 1921 y se establecen los casos en los que no se debe penar la interrupción del embarazo: cuando se practica con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la mujer, cuándo se interrumpe un embarazo fruto de una violación o de un atentado contra el pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. La Ley vigente considera al aborto un delito y ha demostrado ser una práctica cotidiana en dónde las personas más perjudicadas a costo de sus vidas son provenientes de los sectores más desprotegidos y perjudicados de la sociedad.

#### I. 6- Marco y estructura normativa en torno a la Interrupción Voluntaria del Embarazo: contextos de avances y retrocesos en materia jurídica

Para analizar la estructura normativa se retoma los aportes de Repetto (2009), quién analiza el marco institucional de las políticas sociales y la importancia de las instituciones entendiéndose como un “conjunto de reglas de juego formales e informales que estructuran las relaciones entre grupos, individuos, gobiernos, enmarcando las posibilidades de vinculación e intercambio de los distintos sectores”. (p. 143).

Se explicitará diversos marcos normativos con respecto a la SS y DSy(no)R, ya sean estos internacionales, nacionales, provinciales y municipales. Los mismos son los que posibilitan o limitan la intervención profesional y pre-profesional. Estas leyes fueron

---

<sup>7</sup> Toda denominación es arbitraria y es un modo de fijar frontera y de inculcar repetidamente una norma.

producto de largas disputas en dónde adquieren un rol esencial los movimientos feministas.

Estas normas legales permiten un cambio de paradigma respecto a anteriores normas. Son el vehículo a través del cual les profesionales de salud defienden los derechos promulgados. Por otro lado, son fundamentales para empoderar a las mujeres, niñas, jóvenes, personas con discapacidad, disidencias, adultes, adultes mayores y viejes como protagonistas en cuanto a la SS y DSy(no)R, como así también para visibilizar la violencia, entendiendo a la misma en todas sus expresiones. Tales normas son necesarias para que las personas exijan sus derechos, sobre todo aquellos que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad. Todas estas herramientas jurídicas posibilitan la intervención en torno a la problemática planteada, y esto tiene efectos en la gestión social.

El marco normativo será presentado cronológicamente y por jurisdicción:

El CPN de la Nación desde 1921, en su art. N° 86 establece que la práctica de aborto es legal por causal salud y por violación:

(...) El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta no es punible: 1) Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios; 2) Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto.

A nivel internacional, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). En su art. N° 1 establece que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”, en su art. N° 2 dispone que “toda persona tiene derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquiera otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o de cualquier otra condición”.

Por otra parte, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), asegura la igualdad en el goce y el ejercicio de los derechos reconocidos por el Pacto a varones y mujeres.

La Convención sobre eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979) la cual Argentina ratificó en el año 1985, puntualiza la protección

de la mujer en lo que respecta a la trata y la prostitución. Así mismo en el art. N° 16 de esa convención, los Estados se comprometen a: adoptar medidas que aseguren condiciones de igualdad entre varones y mujeres en los derechos a elegir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo de los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que le permitan ejercer estos derechos.

En 1993 Naciones Unidas (NU) integró los derechos humanos (DDHH) de las mujeres a todo el sistema de ONU, imprimiéndose el concepto que “Los Derechos de las Mujeres son DDHH”. Entendiendo a los DDHH y su afectación como violación a los DDHH. En este sentido se reconoce que, aunque parezca un simple juego de palabras, la incorporación de la perspectiva de género en los DDHH, en el reconocimiento de los derechos de las mujeres como DDHH, es producto de luchas y disputas de sentidos e interpretaciones que se produce en el espacio público. Citando a Fraser: “las interpretaciones no son simplemente representaciones... Son, más bien, actos e intervenciones”. (Fraser, 1989, p. 11).

Definir la violencia contra las mujeres como violación a los DDHH modifica no sólo miradas y discursos, sino también prácticas y representaciones en torno a las mujeres y por lo tanto modifica las intervenciones (salud, jurídica, social, económica, política, etc.).

En el año 1994, Argentina incorpora en la Constitución Nacional (CN) el Pacto de San José de Costa Rica (1969) y se suscribe a la Convención Americana sobre DDHH, en su art. N° 1° de la Convención Americana los Estados se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en las mismas y garantizar su ejercicio pleno sin discriminación de color, sexo, opiniones políticas, nacimiento, origen social o cualquier condición de otra índole. Este reconocimiento en su materialización conlleva a una disputa política y social de sentidos acerca de los DDHH y en ellos el lugar de los hombres, las mujeres y las disidencias.

La Convención de Belém Do Pará (1994) para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, fue ratificada en nuestro país en 1996 y convertida en Ley Nacional N° 24.632, constituye un avance de fundamental importancia en la reconceptualización de los DDHH de las mujeres y es la que debe marcar los lineamientos fundamentales para el diseño, implementación, coordinación y seguimiento de las políticas públicas a desarrollar en materia de violencia doméstica y sexual, así como convertirse en el instrumento principal en la jurisdicción interna a los efectos de interpretar los derechos de las mujeres.

Las NU, en su informe de la Comisión contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, 2013, plantea que la violencia contra la mujer en el ámbito familiar puede ser interpretada como una forma de tortura, ya que se las somete a sufrimientos graves, tal es el caso también de personas que desean interrumpir un embarazo, debido a que es un sufrimiento psicológico y emocional continuar ese proceso de gestación. Así como también, a práctica de denegación del acceso a servicios autorizados de salud como el aborto y a atención post aborto. (Católicas por el Derecho a Decidir, 2017).

En el año 2013 la NU aprobó el Consejo de Montevideo sobre Población y Desarrollo. En su medida prioritaria N° 40 explica que los Estados tienen la obligación de eliminar las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna e incorporar en el conjunto de prestaciones integrales de los servicios de salud, SS y SSRR, medidas para prevenir y evitar el aborto inseguro, que incluyan la educación en SS y SSRR, el acceso a métodos anticonceptivos modernos y eficaces y el asesoramiento y atención integral frente al embarazo no deseado y no aceptado.

Esta normativa apunta a la atención integral post aborto, basándose en la estrategia Reducción de Riesgo y Daños. Entendiendo a ésta como un modelo de salud pública llamado reducción de daños con los innovadores programas de intercambio de agujas y jeringas limpias iniciados en la década de los ochenta para frenar la infección por VIH entre consumidores de drogas intravenosas. Desde entonces, la reducción de daños ha pasado a ser un enfoque basado en evidencia para disminuir los riesgos de salud pública, incluidos los del aborto inseguro.

En el año 2015, a nivel regional se realizó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobada por la Asamblea General de las NU, en la que 193 Estados miembros suscribieron, siendo la guía de referencia durante los próximos 15 años. En su Capítulo D: El acceso universal a la SS y SSRR habla que la penalización del aborto nos aleja de cumplir con esas *sociedades más justas*:

Considerando que los DDSS y los DDDR son parte integral de los DDHH y su ejercicio es esencial para el goce de otros derechos fundamentales y para alcanzar las metas internacionales de desarrollo de eliminación de la pobreza y preocupados por las elevadas tasas de muertes de las personas gestantes, en gran medida debidas a la dificultad para acceder a los servicios adecuados de SS y SSRR y a la realización de abortos inseguros y conociendo que algunas experiencias en la región muestran que la penalización del aborto provoca el incremento de la mortalidad y morbilidad de personas

gestantes y no disminuye el número de abortos, por lo cual aleja a los Estados del cumplimiento de los objetivos del desarrollo del milenio.

Por otro lado, el enfoque de reducción de daños apoya la disminución de los daños asociados con una actividad o un comportamiento, sin asignar juicio moral al comportamiento en sí. En el caso de aborto, expertos en salud reproductiva están empezando a aplicar el marco de reducción de daños al uso de misoprostol sin la supervisión de un profesional de la salud capacitado.

Dicho enfoque reconoce que para las personas gestantes que enfrentan barreras jurídicas, económicas, sociales o culturales para obtener servicios de aborto en el sistema de salud, el uso de misoprostol fuera del sistema de salud es más seguro que los métodos a los cuáles de otro modo recurrirían igualmente. Más aún, el enfoque de reducción de daños específica que las personas gestantes tienen derecho a recibir información correcta y exacta sobre el misoprostol bajo el criterio de que pueden entender los riesgos implicados. Tres principios fundamentales definen la reducción de daños que se pueden aplicar a la autoadministración del misoprostol: neutralidad, humanismo y pragmatismo.

1. El principio de neutralidad se refiere al enfoque en los riesgos y daños del aborto relacionados con la salud, en vez de en su estado jurídico o moral. Esta transición trae un cambio en las respuestas de políticas públicas al problema de aborto inseguro, principalmente intervenciones en salud pública y no prohibición y castigo.

2. El principio humanista se refiere al derecho de todas las personas gestantes, independientemente de su toma de decisiones respecto al embarazo, de ser tratadas con respeto, dignidad y valía. Merecen ser tratadas como integrantes de su comunidad, cuya salud y vida importan.

3. El principio pragmático acepta la realidad inevitable de que las personas gestantes tienen abortos inseguros por muchas razones; por lo tanto, hace hincapié en la importancia de atender las necesidades de las personas gestantes dónde están, tales como la necesidad de autoinducir el aborto fuera del sistema de salud.

Bajo la consideración de estos aspectos, el enfoque de reducción de daños les permite unirse a favor de la disminución de muertes de las personas gestantes a causa del aborto inseguro. La reducción de daños no exime a los Estados de sus responsabilidades de abordar las restricciones abusivas, represivas o limitantes que crean estas necesidades. El atender estas necesidades no debería sustituir los esfuerzos por cuestionar los órdenes legislativos y políticos que ponen en peligro, degradan y oprimen a las mujeres y las disidencias en violación de sus DDHH.

En lo que respecta al marco normativo nacional argentino sobre el área temática, se hace mención a las siguientes legislaciones:

- La Ley Nacional N° 24.417 de Protección contra la Violencia Familiar (1994), tiene como objeto la reparación de las víctimas. En su art. N° 4 plantea que los jueces al tomar conocimiento de los hechos podrá ordenar la exclusión de las personas que dañen, de la vivienda donde habita la familia.

- La Ley Nacional N° 25.087 Delitos Contra la Integración Física (1999). Modifica varios artículos del CP, antes titulados: *delitos contra el honor* ahora es dominado *delitos contra la integralidad sexual* (violación, corrupción de *menores*, otros relacionados).

- En el año 2002 se aprueba la Ley N° 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud. Dentro de sus objetivos podemos mencionar el de prevenir embarazos no deseados, promover la participación. En el art. N° 4 menciona que los adolescentes de más de 14 años de edad pueden acceder a información y prestaciones, sin la asistencia de sus progenitores. Solamente debe propiciarse la asistencia de los progenitores, en particular a adolescentes menores de 14 años edad, pero no es indispensable.

- La Ley Nacional N° 26.061 Protección Integral de los Derechos de la Niñas, Niños y Adolescentes (2005), establece la protección integral de los Derechos de las niñas y adolescentes que se encuentren en el territorio de la República Argentina para garantizar el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente de aquellos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional y en los tratados internacionales en lo que la Nación sea parte.

- En el año 2006 se promulga la Ley Nacional N° 26.150 Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ESI) estableciendo que todos los estudiantes tienen derecho a recibir ESI en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada (...) y que las instituciones educativas tienen la obligación de llevar el programa a cabo.

El Programa está destinado a los educadores desde el nivel inicial hasta el nivel superior de formación docente y de educación técnica no universitaria. En su art. N° 9 se determina que las jurisdicciones deberán organizar en todos los establecimientos educativos espacios de formación para los progenitores o responsables ya que tienen derecho a estar informados, vinculando a la escuela y la familia en el ámbito de la educación.

Entre sus objetivos se plasma: Recibir ESI en igualdad de trato; ampliar la información sobre aspectos biológicos, fisiológicos, genéticos, psicológicos, éticos, jurídicos y pedagógicos en relación con la sexualidad de la niñez y adolescencia; promover la comprensión y el acompañamiento en la maduración afectiva en el período de la niñez y adolescencia, ayudándoles a formar su sexualidad y preparándoles para entablar relaciones interpersonales positivas.

- La Ley N° 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica (2006). Garantiza el acceso a la ligadura tubaria y la vasectomía, reconociéndose como un método anticonceptivo y un derecho de todas las personas. El mismo debe ser incluido en las Consejerías de SS y DSy(no)R. Todas las provincias tienen la obligación de garantizar el acceso a las mismas (vasectomía, ligadura tubaria)

- La Ley N° 26.529 (2009) de Derechos del Paciente, Historia Clínica (H.C) y Consentimiento Informado, explicita que tener derechos como *paciente* significa que se cuenta con una protección legal para exigir que la consulta médica sobre aborto sea satisfecha con una atención médica de calidad.

Los profesionales de la salud tienen la *obligación* de brindar la información sanitaria, de abrir la H.C en la cual se registran las consultas, qué ocurre con la salud de las personas, la información brindada, entre otros. Es la prueba de que atendieron o desatendieron a las personas gestantes frente a la práctica médica solicitada.

La H.C es inviolable, los datos no pueden ser revelados a ninguna persona sin previo consentimiento de les *pacientes*. Frente a una situación de aborto, toda persona gestante es *paciente* y tiene los derechos a recibir *atención sanitaria*, frente a la cual los profesionales están obligados a brindar atención sin exponer su posicionamiento (creencias religiosas, políticas, ideas, etc.). Esta obligación sólo termina si tales profesionales realizan una derivación, la cual debe figurar en la H.C.

A su vez, se considera el derecho de recibir *información sanitaria*, a que se respete su *autonomía*, a que se brinde *un trato digno y respetuoso*, a que se respete su *intimidad* y la *confidencialidad*.

En lo que respecta al marco normativo de la provincia de Córdoba sobre el área temática, se hace mención a las siguientes legislaciones:

- A nivel provincial la Ley N° 9099, modifica la Ley N° 9073, “Programa de Maternidad y Paternidad Responsables” e incorpora el art. N° 12 de la Ley Nacional N° 25.673. Creación del “Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable” (2003). El programa establece que el equipo de salud de los

establecimientos sanitarios dependientes del sistema público de salud de la Provincia, brindarán información sobre sexualidad y procreación, concepción y anticoncepción, a fin de contribuir a la prevención y promoción de la salud, disminuir la mortalidad de niñas y adolescentes gestantes y garantizar a todas las personas la decisión de sus pautas procreativas en forma libre y responsable.

En lo que respecta al marco normativo Municipal de la ciudad de Córdoba sobre el área temática, se hace mención a las siguientes legislaciones:

- La Ordenanza Municipal N° 9479, Decreto 1374-A-1996, *Programa de Planificación Familiar*. La Municipalidad de Córdoba, en su art N° 1, crea el *Programa de Salud Reproductiva, Sexualidad y Planificación Familiar* en APS.

Su art. N° 2 establece que los equipos de salud deberán informar, educar, asesorar y proporcionar *campañas de difusión sobre temáticas de: procreación, reproducción, sexualidad y prevención de embarazos no deseados*, como así también, posibilita la coordinación con otros organismos públicos, nacionales y/ o provinciales, reconocidos por su naturaleza o fines, puedan contribuir a la consecución de esos objetivos.

En el art. N° 3 establece la implementación del programa y la inclusión del mismo en la currícula en las escuelas municipales sobre reproducción y sexualidad, pero en su art. N° 4 reserva los derechos a los progenitores o tutores legales aceptar o rechazar según sus creencias religiosas o morales el programa de educación sexual para sus hijos *menores*. De esta manera viola lo establecido por la Ley Nacional N° 26.150.

- El *Programa de Salud Reproductiva, Sexualidad y Planificación Familiar*, (2004), desde la Dirección de Medicina Preventiva, Centro de Epidemiología. DAPS. Reformula el *Programa de Salud Reproductiva y Sexual* a fin de aplicarse en APS y parten desde una perspectiva de salud y DDHH.

En su introducción y diagnóstico se establece la importancia de la promoción en la educación a fin de revertir el alto índice de abortos, prevenir abortos provocados, y embarazos no deseados; asegura la provisión necesaria de recursos adecuados para evitar prácticas anticonceptivas que pongan en riesgo la vida de personas gestantes; se establece como responsable el Estado y la comunidad para el logro de sus objetivos.

Visibiliza las consecuencias de la falta de educación sexual en la comunidad, entre ellas los embarazos no deseados; las *poblaciones en riesgo*<sup>8</sup>; arroja datos cuantitativos sobre la problemática de aborto y los subregistros.

---

<sup>8</sup> La totalidad de las personas de una comunidad susceptibles a enfermedades se les denomina *población en riesgo*. (Gagliano, Mántaras y Nicora. s/f. p. 11).

Entre sus objetivos se plantea disminuir la muerte de personas gestantes que se realizan prácticas de abortos, y para ello delimita acciones entre las cuáles podemos mencionar la capacitación y educación de la comunidad en general y *las mujeres específicamente*. Además, permite la captación a través de la derivación y coordinación con organizaciones no gubernamentales.

Todas estas herramientas jurídicas posibilitan la intervención en torno a los DSy(no)R. Sin embargo, el actual contexto no garantiza su efectiva implementación y se reconocen distancias en las prácticas sociales.

En torno a los avances y retrocesos en materia legal, se presentarán algunos aspectos significativos:

En el año 2007 se presentó por primera vez el proyecto de Ley de Legalización/Despenalización del Aborto en Argentina<sup>9</sup>. El mismo perdió estado parlamentario y fue presentado hasta el año 2018. Durante ese año se presenta bajo una nueva nominación y concepción de la problemática: Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, la cual fue tratada en el Congreso de la Nación; tuvo media sanción en Cámara de Diputados, mientras que en el Senado obtuvo un resultado desfavorable para los movimientos feministas, organizaciones políticas y organizaciones de la sociedad civil que pretendían la legalización y despenalización del aborto.

Esta media sanción implicó una conquista, un avance, por primera vez ingresó la problemática a la agenda de gobierno y fue presentado por ciertos sectores: comunidad médica, organizaciones de la sociedad civil, movimientos feministas, entre otros, como un problema de salud pública y un problema social. También, la lucha por el derecho a la IVE dio un salto cualitativo en torno a la visualización, debido a la gran cantidad de personas involucradas en los debates establecidos a diferencia de años anteriores.

Durante el transcurso previo se pueden mencionar una serie de acontecimientos y pronunciamientos significativos:

En el año 2007, El Ministerio de Salud de la Nación elabora la *Guía Técnica para la atención integral de abortos no punibles*. Cuyos objetivos eran: Presentar el marco jurídico para la atención de ANP; Estandarizar los procedimientos clínicos y quirúrgicos para la provisión del ANP dentro del Sistema de Salud.

En el año 2012, La Corte Suprema de Justicia se pronunció en el caso F.AL. s /medida autosatisfactiva. Fallo que posee una gran relevancia, en dónde se define la

---

<sup>9</sup> Ingreso del tema a la agenda pública, de la mano de sectores que pretendían la implementación de políticas públicas por parte del Estado en torno a la IVE.

correcta interpretación de la norma fijada en el art. N° 86. Inciso 2° del CPN. Se determinó así que el aborto no es punible cuándo el embarazo provenga de una relación sexual no consentida<sup>10</sup>.

Asimismo, El Máximo Tribunal afirmó que no requiere autorización judicial ni denuncia policial previa para acceder al aborto en estas circunstancias. Así como también, exhortó al Estado Nacional y a los Estados Provinciales a que sancionen protocolos que regulen el efectivo acceso a los abortos no punibles, y a los poderes judiciales a que no obstruyan el acceso a los servicios. El Fallo se extiende a todos los *casos análogos que puedan presentarse*. (Fallo F.A.L. op. Cit. Considerando N° 5).

En el mismo año, a través de la Resolución N° 093/12 del Ministerio de Salud de Córdoba, se aprueba la Guía de Procedimiento para la Atención de Pacientes que soliciten Prácticas de ANP. A los días, el 13 de abril del 2012, mediante un recurso de amparo interpuesto por la ONG Portal de Belén, se cuestionó la constitucionalidad de dicha guía, siendo suspendida la aplicación del Protocolo de ANP en hospitales con jurisdicción Provincial. El 19 de noviembre de 2018 el Tribunal Superior de Justicia (TSJ) decidió rechazar esta petición por ser manifiestamente improcedente y dilatoria.

En el año 2015, el Ministerio de Salud de la Nación actualizó la Guía de Atención para la ILE, en base a los fundamentos del fallo de La Corte Suprema en el 2012. Tal modificación apunta a estandarizar la práctica en centros de salud y evitar obstáculos y demoras.

Durante este tiempo transcurrido desde el año 2012 al 2018, sólo 9 provincias del país adhirieron al Protocolo del ANP, siendo estas las Provincias de Chaco, Chubut, Jujuy, La Rioja, Misiones, Santa Cruz, Santa Fe y Tierra del Fuego, Salta<sup>11</sup>, de acuerdo a los parámetros establecidos por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el año 2012, en las demás provincias el Protocolo está restringido o no se encuentran adheridas.

En cuanto al marco legal Nacional, el Fallo F.A.L permitió una claridad en la comprensión de la norma, y a través de la Estrategia de Disminución de Riesgos, se ha implementado en todo el país espacios de Consejería pre y post aborto<sup>12</sup>, así como el

---

<sup>10</sup> No es requisito que la persona posea alguna discapacidad intelectual o psico-social.

<sup>11</sup> El 24 de mayo de 2018 Salta adhirió al Protocolo de ANP de la Nación, debido al caso de una niña violada, para la adhesión al mismo fue decisivo y oportuno que se estaba debatiendo el Proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, en esta decisión influyó también mucho la opinión pública del caso, que se hizo viral por medios de comunicación alternativos a los hegemónicos.

<sup>12</sup> “Es un espacio de información que tiene el objetivo de crear las condiciones necesarias para que las personas puedan tomar decisiones autónomas y libres. Participan de este espacio profesionales *amigables*, quiénes asesoran sobre las mejores opciones”. Deza, 2015, p. 24.

surgimiento de una Red de Profesionales por el Derecho a Decidir<sup>13</sup>: Este espacio trata de acompañar a la persona gestante en su decisión de no continuar un embarazo.

Un primer acercamiento se basa en la contención, se indaga, se brinda información sobre los derechos, y tratamiento científico avalado por organizaciones internacionales como la OMS, luego la persona toma una decisión, en caso de no continuar con el embarazo, se la contacta con demás actores involucrados que le propician o facilitan la medicación necesaria para la interrupción y acompañan el proceso, luego profesionales de la salud hacen un seguimiento mediante ecografías para verificar los resultados, concluyendo con la incorporación de las personas al programa asegurando que accedan a algún método anticonceptivo.

En torno a la problemática de los embarazos no deseados, desde el Centr. se implementa la estrategia de las Consejerías pre y post aborto. Este espacio es sostenido por cuatro profesionales de diversas disciplinas tales como: Psicología, Enfermería y T.S.

Surgió en el año 2015 y la demanda se ha ido incrementando sostenidamente, siendo uno de los 40 centros de APS en la Provincia de Córdoba Capital que lo desarrolla a fin de evitar situaciones de abortos inseguros. Estos 40 pudieron dar respuesta a la demanda de la IVE a través del Fallo F.AL, en dónde la causal salud dio margen a ampliar la mirada restringida por la Interrupción Legal del Embarazo (ILE): “Todas las demandas son legales. Si entendés a la salud desde un concepto amplio, que no se limita a la presencia de enfermedad”. (Diario de campo. 2017).

Cada vez se ha aumentado más cuando se abrió...Creó que del (...) 2015. Por lo menos poniéndolo como (...), en la discusión del equipo de salud y con la convicción de distintos integrantes del equipo para desarrollar esa acción. Igual que con los métodos. Si bien todos no, no desarrollan acciones directas pueden desarrollar acciones indirectas: Bueno, eh, estoy frente a una persona. Es una mujer que consulta y la demanda es: “Creo que estoy embarazada y necesito saber el resultado y yo no quisiera, porque esto, por lo otro”. Entonces, si la persona con quién está hablando del equipo no actúa directamente con acompañamiento pre y post (...) por lo menos sabe quiénes del

---

<sup>13</sup> CS N° 57 - IPV Argüello, Córdoba Capital, Dirección: Fermín Martín esq. Alberto Fage.

equipo se organizan para tener ese espacio de acompañamiento (...) Hoy la ley actual que define cuáles son las condiciones, las causales que puedan una mujer a acceder a una interrupción. Sabiendo (...) que tenemos (...) amplísimo margen (...) de posibilidad de que cualquier mujer pueda acceder a la interrupción. (E. N° 2).

En cuanto a las políticas sociales del sector salud, el presupuesto del mismo se restringió abruptamente, influyendo directamente en la ejecución de programas, recursos humanos, etc. Estas medidas políticas no sólo se dan en los tres niveles de gobierno: a nivel nacional, provincial y municipal. Todos los programas de salud, actualmente poseen una financiación mínima, y algunos ya son inexistentes, tal como el Programa HIV, incumpliendo el principio de No Regresividad: El Estado asume la prohibición de reducir los niveles de protección de derechos vigentes o, en su caso, derogar los derechos ya existentes. (Britos y Caro, 2019).

El Ministerio de Salud Nacional tuvo programas con una ejecución menor al 10 %. El Ministerio Bonaerense llegó al récord de un área con el 1,5 % de ejecución. Éstos son algunos de los datos que revela un informe elaborado en conjunto entre el Centro de Economía Política Argentina (CEPA) y la Fundación Soberanía Sanitaria.

Además de evaluar la subejecución en los ministerios de salud nacional y provincial, hicieron una encuesta en siete distritos bonaerenses en los que encontraron falta de entrega de remedios suficientes para satisfacer la demanda, falta de preservativos y de leche para los niños. Programas que terminaron con una ejecución menor al 80 %. Algunos ej.: la Dirección de SIDA tuvo una ejecución presupuestaria del 78,61 %; el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable tuvo un 78,94 % de ejecución presupuestaria durante 2016; todos los CAPS recibieron los botiquines y los anticonceptivos, pero menos del 35 % contaron con una cantidad adecuada para satisfacer la demanda.

En particular, la cantidad de los botiquines Remediar estuvo muy por debajo de las entregas históricas del programa: en el 92 % de los casos no cubrieron la demanda. Los antihipertensivos, seguidos por los antidiabéticos orales y antiinflamatorios fueron los principales medicamentos faltantes; 24 CAPS no recibieron leche, y otros 43 no accedieron a preservativos. Ninguno recibió leche desde el Estado Nacional, indica el informe:

El no reparto de preservativos no sólo implica que aumentan las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados, sino que se pierde una política de Estado, que es que el preservativo esté siempre presente (...). Tomó tiempo convencer a la gente a que fuera a buscar estas cosas a los centros de salud. Lo que se pierde es a largo plazo y va a costar mucho trabajo recuperarlo. Indicó el ex Viceministro de Salud. (Página 12. 2017).

De lo expuesto anteriormente, se plasma como este hecho repercute en la organización, a través de los discursos de los efectores de la salud:

(...) o en salud sexual ofrecer los métodos y que no haya. O sea, preguntarle "¿Con qué te gustaría?" y cuando me diga y me dicen: "Implante" y no hay, es como que te frustra un poco. (...) están variable que a veces hay un montón y a veces no hay nada. Es lo que cuesta, que haya continuidad y bueno y los métodos complementarios: "Bueno necesito hacerte un test de embarazo" y no hay (...) Entonces, las medidas tanto Provinciales como Nacionales, todo repercute acá. Y a Nivel Municipal también hay ajuste, aunque no parece, porque tampoco se está reemplazando la cantidad de personas que se jubilan y que tienen carpeta médica prolongada. Entonces, también seguimos siempre con menos gente de lo que necesitaríamos o a veces entran, sí, pero entran mucho menos de lo que sería mantener el sistema público a la altura de las circunstancias. (E. N° 3).

El derecho al acceso a la alimentación se (...) está restringiendo mucho más. Y lo vemos que cada vez la demanda de la leche, que antes por ahí tenía algún ingreso y la compraba, vienen a exigirla, (...) porque son los medios de subsistencia que van teniendo. (...) Y ahora estamos viendo mucha gente que tenía obra social y que está empezando a venir a preguntar: "¿Cómo hace?"; "¿Cómo es?". (E. N° 2).

## Capítulo II: Escenario y sujetos de la intervención

*(...) en las situaciones concretas de la práctica científica no se puede pretender construir problemáticas o teorías nuevas sino cuando se renuncia a la ambición imposible, que no es escolar ni profética de decirlo todo, sobre todas las cosas, y además ordenadamente.*

(Bourdieu, Chamboredón y otros, 1975, p. 24).

### II.1- Caracterización institucional: el Centro de Salud Municipal N° 57

La intervención en lo social tiene un ámbito espacial que toma la forma de un escenario institucional, ya que contiene y es atravesado por múltiples expresiones de la cuestión social, en las cuáles se originan las demandas, que se van definiendo según la singularidad de las circunstancias. Los escenarios de la intervención en lo social se hallan dentro de diferentes territorios que los contienen, y éstos no son nada sin las personas que las habitan. Personas que se convierten en actores, en tanto y cuándo puedan participar e influir en la intersección que define una situación social problematizada y en sus propias iniciativas. Rotondi, Verón y Fonseca (2008), nos dicen que:

En el escenario, los actores, sus posiciones y posicionamientos no se explican por sí mismos. Las funciones, fracturas, conflictos, llevan las marcas del proceso de institucionalización, la lucha entre lo instituido y lo instituyente, de las fuerzas puestas en juego, y de los grupos sociales. Las organizaciones constituyen espacios sociales desde los cuales tendemos a lograr diversas metas u objetivos a través de acciones en conjunto. (p.31).

La intervención pre-profesional se situó en el Centro de Salud N° 57, como organización dentro de un espacio institucional. Schlemenson (1998). define a las organizaciones como:

Un sistema socio-técnico integrado deliberadamente, constituido para la realización de un proyecto concreto tendiente a la satisfacción de las necesidades de sus miembros y de una

población de audiencia externa que le otorga sentido. Está inserta en un contexto socioeconómico y político por el cual guarda relaciones de intercambio y de mutua determinación. (p. 38).

Siguiendo a Acevedo (2011) podemos decir que las organizaciones pueden ser definidas como:

Espacios colectivos tanto en el ámbito estatal como público societal, que teniendo un anclaje en el territorio tienen continuidad temporo-espacial y están destinadas a intervenir en los procesos de satisfacción de necesidades materiales que garanticen la reproducción cotidiana de la existencia, como así también de necesidades de participación y pertinencia. (p. 7).

Las organizaciones sociales adoptan problemas que están presentes en el contexto social, por lo tanto, el escenario de intervención es el espacio en donde se desenvuelven acciones de trama social y política, el cual presenta particularidades que influyen directa e indirectamente en el desarrollo que pueden tener los acontecimientos. En este sentido, se puede hablar de un nivel microestructural o microsocioal.

El Centro de Salud N° 57 es una estructura organizativa que depende de la Municipalidad de Córdoba, de la DAPS. Se entiende a la estructura organizativa de una institución como el: “sistema interrelacionado de roles oficialmente sancionados que forman parte del organigrama y de la definición de funciones y responsabilidades.” (Schlemenson, 1998, p. 40).

El Centro de Salud cuenta con una estructura organizativa que no cumple con lo que establece el Digesto Municipal. Aquí, de manera excepcional, el encargado fue elegido por el mismo equipo de salud, con el apoyo de los vecinos del barrio, en base a un perfil elaborado y según la capacidad y conocimiento de la zona, la tarea de trabajo en salud y las instituciones, asignándose a un Licenciado en Enfermería, estableciéndose de esta forma una discrepancia entre lo legal y la práctica hegemónica:

Soy Licenciado en xxxxxx, (...) estoy cubriendo la función de xxxxxx del Centro de Salud. xxxxxx nosotros lo denominamos. (...) por pedido del equipo de salud acordamos las

funciones que estaban descritas en el reglamento interno de la Dirección de Atención Primaria que ya tiene como 30, 40 años, están muy antiguas. Entonces, a esas funciones acordamos entre todo el equipo que quién quedará de encargado tuviera esas funciones y otras más que creíamos necesarios para el primer nivel de atención y desde la estrategia de atención primaria. Y una vez que acordamos en equipo eso, nos propusimos distintos integrantes del equipo de salud para cumplir la función quién creía que tenía las ganas (...) o las herramientas para poder desarrollar la gestión y administración y la coordinación de un equipo de salud y después votamos entre el equipo y bueno, de ahí salí yo. (...) Así que desde el 2012 al 2018, ya hace 6 años que estoy como xxxxxx. (E. N° 2).

El Centro de Salud N° 57, se encuentra ubicado al NO<sup>14</sup> de la Ciudad de Córdoba, en el barrio 2 de Septiembre, históricamente conocido como Argüello IPV. El área programática se encuentra integrada por barrios creados alrededor de 1980 por el Instituto Provincial de la Vivienda a partir de relocalizaciones de familias que residían en diferentes asentamientos y villas de la ciudad: 2 de Septiembre, Granja de Funes II (programas nombrados hasta la actualidad por los pobladores como IPV 360, IPV 227, IPV 164, IPV 150), cooperativas que realizaron gestiones con el Estado o se encuentran en proceso de regularización de tenencias de tierras: La Florida, Argüello, El Triunfo, 28 de Noviembre, 3 de Noviembre, Nuevo Progreso, Arapi, Blas Pascal y un sector de barrio Autódromo, y Villas y Asentamientos fiscales: Villa Hermana Sierra, Asentamiento Cooperativa Atalaya.

Atiende a una comunidad de aproximadamente 15.000 habitantes. Se caracteriza por poseer un equipo de salud integrado por varias disciplinas, a saber: 5 médicos, 1 odontólogo, 1 nutricionista, 1 psicóloga, 1 trabajadora social (T.S), 5 enfermeras, 3 administrativos, 2 empleadas encargadas del mantenimiento del lugar y 1 policía.

Estos profesionales mantienen unos lazos sociales positivos en su mayoría, no observándose ningún tipo de malestar en cuanto a las posiciones ocupadas en el

---

<sup>14</sup> Ver Anexo N° 3.

organigrama: “Todas las profesiones son reconocidas acá, por toda la situación que hay de complejidad social, económica, sanitaria”. (Allende y Jara. 2017).

El Centro de Salud N° 57 permite a gran parte de la comunidad el acceso a la Salud a través de los servicios y programas que ofrece. Dentro de ellos se desarrollan prácticas de promoción de la Salud, sea en forma individual, grupal o colectiva. Este desarrollo favorece la participación social, la construcción de ciudadanía y revaloriza los recursos que la comunidad tiene para la resolución de problemas de Salud. Mediante la organización, se impulsa la acción comunitaria y se proponen espacios de encuentro, dónde algunas personas se involucran definiendo sus problemas, ya sea de Salud, vivienda, problemas ambientales (basurero a cielo abierto, quema de basura, etc.) y plantean al equipo de salud sus preocupaciones y entre ellos se van definiendo alternativas para la posible resolución o tratamiento, algunas demandas no son atendidas:

(...) desde la participación comunitaria trabajando colectivamente con grupos de vecinos, organizaciones sobre ese tema puntual (...) por alguna cuestión particular quiera participar, son abiertas digamos a la comunidad.(...) Hoy a las trece van a venir gente del barrio Nuevo Progreso por la cuestión sólo de medio ambiental y van a expresar alguna cuestión que quieran traer al equipo de salud y en ese sentido empezar (...) se trabaja no solamente interdisciplinariamente es ese espacio, sino también desde la participación comunitaria. (...) (E. N° 2).

Los aportes del Centro de Salud N° 57 provienen de la Nación, Provincia, y Municipalidad de Córdoba, Capital. Los mismos se expresan a través de diferentes Programas Municipales, Nacionales y Provinciales. Se implementa el Programa Remediar, el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, contando con recursos Nacionales (medicamentos, insumos), Provinciales y Municipales (infraestructura, recursos humanos). Para caracterizar en profundidad la estructura presupuestaria de la institución, se retoman las palabras de una de sus profesionales, que dice:

El Centro de Salud es parte de la Secretaría de Salud y depende de la Dirección de Atención Primaria de Salud, que comprende casi 100 centros de salud en toda la ciudad de

Córdoba. Y el financiamiento... digamos, el presupuesto es Municipal, el presupuesto de equipo de salud, o sea, recursos humanos, infraestructura y mantenimiento. Pero hay varios recursos de los programas que vienen de Nación, como Salud Sexual Reproductiva, ITS, algunos pasan a la Provincia y después pasan a la Muni, otros van directos. Pero en general, los insumos de medicamentos, de folletería, de... no puedo nombrar más nada (se ríe) vienen de Nación. Y la Municipalidad pone la infraestructura, mantenimiento y los recursos humanos. (...) El presupuesto que viene de Nación es para actividades de consultorio o de programa de atención individual y familiar. No hay presupuesto para actividades comunitarias en salud. No está previsto. Si, cada tanto hay convocatorias, que fueron las de Remediar que es de Nación para proyectos de salud comunitaria que son puntuales y hay que participar concursar y quedar seleccionado, y con temas que ellos ponen ¿No? Pero no hay...no es que Salud Sexual y Reproductiva tiene todo un presupuesto y contiene una línea de trabajo comunitario, en género, con mujeres, con niños, o educación sexual ¡No! Eso lo vamos articulando con instituciones y los recursos los vamos creando, gestionando. (E. N°1).

Sobre los diversos programas, en las diferentes entrevistas se mencionan los siguientes: Programa de VIH, PAP, ITS, Programa de Prevención de Cáncer de Útero, Prevención de Cáncer de Mama, Programa de Diabetes, Programa de Hipertensión, El Programa de Control del Desarrollo para los niños de 0 a 6 años, Programa de Control de la *Mujer Embarazada*. En relación a los programas también se mencionan los diferentes recursos con los que cuentan, específicamente en relación a métodos anticonceptivos:

(...) Acá los métodos que llegan del Programa Nacional son las pastillas anticonceptivas, los preservativos, las inyecciones (...), el DIU, en las pastillas anticonceptivas para la lactancia y los implantes... después está la pastilla de emergencia. Esos son los métodos con los que contamos, y tenemos un

acuerdo con el Hospital Neonatal para hacer la Consejería de Ligaduras de Trompas, qué es que la mujer reciba la información. (...) los métodos no están llegando en tiempo y forma y muchas mujeres están quedando embarazadas. Si uno empieza a sistematizar la Provincia de métodos, va directamente a los embarazos no buscados, no... pero si la previa, porque tantas mujeres no llegaron a cuidarse (...) y tiene que ver con la falta de la Provincia de métodos en los dos últimos años. (E. N°1).

A su vez, se mencionan diversos proyectos a nivel local que surgen de las necesidades comunitarias: como es el Cine Comunitario, la Radio Comunitaria, el Saneamiento Ambiental. Estos proyectos surgen en torno a la realidad local, a las demandas y a la historia, a los procesos de cómo se van dando en lo comunitario. Les profesionales refieren a que estos se llaman proyectos no son programas, por ej.:

La Radio hay un programa de mujeres dentro del enfoque de género donde se habla de tema de mujeres, noticias sobre mujeres se leen todo poetas de mujeres, como tiene que ver con un enfoque de género que se va relacionando con el Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Pero es el proyecto de *Mujeres con todo al aire*. (...) eso es lo que va diferenciando los recursos, lo que no viene de la Municipalidad, ni de la Provincia, ni de la Nación, lo vamos generando desde la radio. (E. N° 1).

Sobre las articulaciones con otras instituciones, se hace referencia en las entrevistas a que el Centro de Salud N° 57 establece vínculos con otras organizaciones/instituciones del barrio como la Escuela Provincial Hugo Leonelli, el Jardín Municipal Garabatos, el Centro Cultural que promueve todo un trabajo de huerta y alimentación saludable.

También se refieren a articulaciones con otras instituciones cercanas de otros barrios y territorios aledaños: en Blas Pascal, se trabajó todo el año pasado con un grupo de niños en una orquesta musical, con el CAPS de Sol Naciente, salas cunas, entre otras, con las que conforman una Mesa de Trabajo. También articulan con las escuelas y vecinos, referentes del barrio, una organización denominada de Carreros. A nivel,

intersectorial e interjurisdiccional se trabaja con la Universidad de Medio Ambiente, Senaf, Hospital Neonatal, Hospital Rawson, entre otros.

Se vuelve necesario poder historizar el surgimiento y proceso de construcción de esta institución. En este sentido, Acevedo (2011) expresa que: “Desde el contexto surgen problemas o necesidades que influyen en las organizaciones, o, en algunos casos impulsan que las mismas surjan” (p. 8).

Muchos años atrás, la zona contaba con un único Centro de Salud, el N° 33, que se encontraba alejado y era de difícil acceso, ya que la zona no contaba con transporte público que llegara al lugar, constituyéndose esto en una barrera geográfica para la atención de la Salud.

Históricamente, el territorio se fue constituyendo de una manera no planificada, lo cual generó diversas problemáticas de contaminación ambiental (basurales a cielo abierto, agua servida, dificultad en el acceso al agua potable, otros) incidiendo de manera directa en la Salud de la comunidad. Estos hechos dieron origen al nacimiento del Centro de Salud N° 57. A fines de los ‘80, el Centro de Salud funcionaba en una vivienda del IPV Rosa, contaba con dos habitaciones; trabajaban en ella 2 médicos y 1 enfermera y 1 T.S; poseía escasos recursos: “No teníamos nada. Hacíamos entrevistas en la parada del colectivo, no por casualidad, porque tenía techo”<sup>15</sup>. (T.S).

Desde sus inicios, el Centro de Salud tuvo una marcada visión comunitaria; muchas de las actividades llevadas a cabo eran producto de las iniciativas surgidas de la comunidad. El 15 de octubre de 1994, se inaugura el nuevo edificio, dependiente de la Dirección de Atención Médica Periférica.

No se llevó a cabo la totalidad de la obra planificada sino sólo la mitad. Siempre tuvo problemas de infraestructura, sufriendo dos fracturas en los años 2002 y 2007. A raíz de este primer problema edilicio, todas las personas que estaban siendo atendidas tuvieron que ser evacuadas. Este hecho originó la creación de la “Red Agenda”<sup>16</sup> en el año 2003, como resultado de la movilización de los vecinos y organizaciones en reclamo de la reparación del edificio<sup>17</sup>.

---

<sup>15</sup> Las citas textuales fueron extraídas del CD, titulado: *El 57, Memorias de un Centro de Salud*. Documentación en formato digital y CD facilitados por los profesionales del Centro de Salud N° 57.

<sup>16</sup> Dentro de las normas informales se puede mencionar la creación y sostenimiento de la Red Agenda, integrada por escuelas de la zona, el Centro Vecinal, comedores, guarderías y el Centro de Salud, entre otros. Desde la Red se realizan diferentes actividades comunitarias ya que cuenta, entre otros recursos, con una radio comunitaria y un equipo de cine.

<sup>17</sup> Ver Anexo N° 4.

Debido al resultado de una respuesta satisfactoria por parte de la Municipalidad de Córdoba, los vecinos deciden seguir trabajando de manera conjunta, reuniéndose una vez por mes para tratar las problemáticas del barrio y empezar a demandar las mismas, ya que todas estas problemáticas repercutieron en la Salud.

En enero de 2004, se reinaugura después del primer derrumbe. En el año 2007, se produce la segunda caída. El Centro quedó abandonado completamente. Parte del equipo de salud tuvo que mudarse al Centro de Salud N° 33 y el resto al Centro Vecinal.

En este período, el Centro de Salud N° 57 fue desmantelado. El 18 de septiembre de 2008<sup>18</sup>, la Municipalidad de Córdoba inaugura la remodelación y refacción del Centro de Salud, retomando sus actividades. Según lo referido en las entrevistas a profesionales del Centro de Salud N° 57, en el año 2008, hubo a nivel municipal una decisión de convocar a Psicólogos y T.S para que se integren como personal de salud:

Históricamente los equipos, hay 100 centros de salud en la Ciudad de Córdoba, y siempre han estado conformados por médicos y enfermeros. Entonces, se hizo todo un trabajo para poder mirar la salud desde otro lugar (...) lo que prima aún es más la mirada biológica acerca de la salud-enfermedad, y todo un paradigma hegemónico más complejo, no solamente la mirada biológica hacia la persona, sino el modo de cómo definir al otro, da como asignarle la identidad. Entonces, con toda esta movida de construir la salud desde una mirada de la construcción social, cultural más amplia, una mirada más crítica, se decide a nivel de autoridad que era más importante la participación de otras disciplinas en la atención primaria de la salud. Se convoca, se hizo una selección interna, en un principio iban a ser 10 los equipos que iban a estar integrados por disciplinas de T.S y Psicología y nunca se concretó. Solamente por cuestiones políticas que, um, abrumaban las autoridades y las ponían en jaque, decidieron integrar en 3 zonas 3 equipos de salud de psicólogos y T.S. Las 3 zonas son Ituzaingó por la cuestión de cáncer y la contaminación ambiental, la otra zona era (...) Don Bosco porque había fallecido

---

<sup>18</sup> Ver Anexo N° 5.

un niño por haber desnutrición detectada, y el IPV por todas las demandas de las organizaciones que presionaban para que estuviera completo el equipo para trabajar más comunitariamente (E. N° 1).

Se presentan a continuación, de manera resumida las principales líneas de acción del Centro de Salud:

- Participación en la Mesa de Gestión Argüello: a través de la cual se intenta fortalecer el trabajo en red con instituciones y organizaciones del sector, a favor de mejorar la calidad de vida barrial, construir una salud colectiva, promover el ejercicio de derechos sociales; promover el acceso a bienes culturales e infraestructura cultural/deportiva/recreativa que fortalezcan las diversas culturas, raíces e identidades comunitarias y promover instancias de intercambio de experiencias productivas y culturales entre vecinos de diferentes barrios del territorio.
- Radio Comunitaria Rimbombante: mediante la cual se pretende fortalecer la organización comunitaria radial como herramienta de gestión de necesidades de comunicación, trabajo y cultura.
- Programa Mujeres con Todo al Aire: a través de esta actividad se busca participar en el discurso social desde las necesidades, intereses y visión de las mujeres del territorio, promoviendo el enfoque de género y DDHH; promover un espacio de encuentro entre mujeres para intercambiar saberes, experiencias.
- Programa de entrenamiento laboral Productor Integral de Radio: busca generar un espacio de formación en producción integral de radio para adultes y jóvenes del territorio y fortalecer la programación de la radio comunitaria con las producciones radiales a cargo de los integrantes del entrenamiento.
- Salud y Ambiente. Promotoras por un ambiente saludable, un recorrido audiovisual: ésta línea de acción busca problematizar con los vecinos, grupos, organizaciones e instituciones del territorio cuestiones de saneamiento ambiental y generar un espacio de formación ambiental desde la planeación participativa.
- Consejo de Jóvenes de Argüello: intenta promover un espacio de participación protagónica de jóvenes del territorio como herramienta de visibilización de necesidades definidas por los propios jóvenes y la elaboración de sus propuestas para transformar la realidad en la que viven. Además, promover el encuentro entre los jóvenes, el intercambio de experiencias, desde la alegría y placer.

- Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable: A través de este programa, el equipo de salud elaboró un proyecto de intervención en materias de DSyR, el cual apunta a la formación de Promotores de Salud Sexual y Reproductiva, haciendo hincapié en la Red Agenda y en grupos informales de vecinos, con los que se vienen realizando actividades en el Centro de Salud N° 57. El proyecto se materializa mediante talleres de capacitación, en donde la población se constituye en actores y destinatarios principales y fundamentales. El proyecto está basado en la participación comunitaria para el empoderamiento en el ejercicio de los DSyR.

## II.2- Características de la comunidad

A continuación, se nombrarán dimensiones que hacen a la caracterización de la comunidad y del barrio. Este espacio es caracterizado por la misma comunidad, como así también por otros sectores de la Ciudad como un área pobre, peligrosa, insegura y marginal<sup>19</sup>, producto de las asunciones subjetivas de las personas en una construcción continua de contradicciones de significados debido a su configuración histórico-objetiva.

Las personas pertenecientes a este barrio se encuentran estigmatizadas<sup>20</sup>. Recorrer Argüello IPV, es caminar por las arenas del asistencialismo, la basura y la estigmatización. Y aquí se evidencia nuevamente el *sentido práctico*, utilizando palabras de Bourdieu, de las representaciones sociales, estas se definen como: “Un conjunto de conceptos, percepciones, significados y actitudes que los individuos de un grupo comparten en relación a ellos mismos y a los fenómenos del mundo circundante”. (Sirven 1999. En Bilavcik, 2009, p. 50).

Lejos de toda posición subjetivista, son hechos sociales desde que están presentes en los sujetos y diseminados en la sociedad. Emergen como construcción social y política de la situación en un espacio de relaciones que obedece a la lógica de las distribuciones de la propia ciudad y contribuyen a producir y reproducir un efecto de realidad. Sin

---

<sup>19</sup> La identidad barrial está ligado al barrio estructural como mediaciones y representaciones simbólicas, donde el espacio es construido y asumido por los sujetos y por quienes lo observan, por quien se autoatribuye y por quienes le atribuyen esa identidad. La identidad social es un conflicto constante entre su reproducción y su ruptura. (Gravano, 2005).

<sup>20</sup> Webster define estigma como *una marca identificativa, un signo diagnóstico específico de una enfermedad* y está afecta la estructura psíquica de la persona. Se hace una distinción entre ser *normal* y ser *diferente* (los que no se ajustan a las normas). El papel (...) puede ser destructivo cuando disminuye las expectativas, sueños y deseos de las personas y le obstaculiza la realización actividades para desarrollar su vida cotidiana y satisfacer las necesidades para seguir reproduciéndose como tal. (Frances, 2014).

embargo, sus habitantes, han quedado *pegados* a la genealogía de su territorio y éste es percibido en esta dinámica relacional de poder en una serie de oposiciones y de luchas, que sintéticamente se pueden establecer entre: adentro/afuera, nosotros/ellos:

(...) que como este barrio fue un plan de villas trasladadas más familias de clase media que habían pagado la cuota del plan de vivienda del Fonavi. Entonces, hay, como que es heterogénea la población y ahora mucho más. Entonces, al ser heterogénea también hay rivalidades entre vecinos por ejemplo acá el IPV 360 donde estamos ubicados en el Centro de Salud eh, no se mezclan con los del Granja Funes II, que supuestamente era la villa trasladada acá de los “40 Guasos”. Entonces, esas rivalidades territoriales. (E. N° 4).

El barrio es visto como espacio desorganizado, y el problema político se centra en lograr una *pobreza, pero contenida*. Aquí la contención se refiere a una delimitación que en la medida de lo posible controle la movilidad espacial, sobre todo en los jóvenes.

En estos términos se propone una serie de aspectos a considerar en la configuración del barrio que remiten a las identidades, la seguridad, el saneamiento ambiental y la salud.

Así, en primer lugar, respecto a las identidades los sujetos del lugar se reconocen como pertenecientes de un barrio, donde sufren de déficit de infraestructura y servicios. Sin embargo, no poseen una identidad colectiva, entendiéndola a ésta como un conjunto de relaciones y representaciones sobre estas relaciones que los actores tienen concibiendo la misma en tanto construcción histórica-social. Su identidad se edifica sobre la base de la asunción del estigma. Esto tiene relación con la inserción estructural de las personas con el espacio social, donde algunos pobladores asocian las problemáticas socio-urbanas al tipo de gente:

Argüello está estigmatizado socialmente como zona roja, desde ahí partimos de que, si vas a buscar trabajo, vas a una escuela fuera del contexto del IPV o lo que fuere, es como una ciudad ghetto. Entonces, si vas a otro espacio y decís que vengo

del IPV ya la discriminación está presente con el sólo decir soy del IPV, más allá de la portación de rostro. (E. N° 4).

Por dicho motivo, es necesario tener en cuenta tanto las condiciones objetivas y la manera en que estas han sido internalizadas por las personas. Surgen discursos que describen y condenan cierto tipo de pobreza. Se trata de la percepción de la gente, de una división de orden socioeconómico con dimensión ético-moral. El afán de distinción es siempre más intenso cuando se trata de diferenciarse de los semejantes.

Por otro lado, mientras más críticas son las condiciones de vida de la población, mayor es la probabilidad de encontrarnos con situaciones de fragmentación de la representación, como organizaciones múltiples e inestables, tendientes a la acción puramente individualista y desconfianza hacia toda forma de autoridad local.

A su vez, respecto a la seguridad se puede observar que no hay una comisaría dentro del espacio, pero está presente dentro del barrio, sobre todo deteniendo a jóvenes y haciendo razias:

(...) las facetas de la salud atraviesan toda la vida de una persona y también tiene que ver esto de la seguridad. La seguridad tiene que estar, el tema es la forma que se realiza la seguridad. Si vos venís y ya es un barrio estigmatizado, mostrando las armas imponiendo esa autoridad porque yo soy policía y vos sos el que está abajo. (...) El Centro de Salud hizo una nota con respecto a esa situación para las organizaciones de la Agenda del IPV, de las organizaciones sociales y barriales. Esa nota describía la situación, dónde no se pone en contra de la policía, ni del operativo para generar seguridad para las personas que viven en la zona, sino la forma en que se había realizado. (...) no sé cómo llamarlo, digamos es complicado llamarlo como una razia, (...) se utilizaba en la época de los militares, no quiero ser extremista en ese sentido, pero sí la forma en que se ingresó a algunas casas donde se pedía los documentos de los adolescentes o esto de lo que hablábamos hace un rato de portación de rostro de vestimenta y demás. (...) Entonces, el Centro de Salud hace esta nota y fue que por alguna situación llegó a los medios, y los medios

interpretaron que estábamos en contra de la seguridad. (...) Está bien la seguridad, pero no está bien la forma. (...) No es la forma porque genera angustia. (E. N° 4).

También les habitantes son considerados por el Estado Municipal, Provincial y Nacional destinatarios de políticas públicas que refuerzan la condición de sujetos pasivos. Según Acevedo (2011), las categorías y designaciones que hablan de los sujetos sólo desde sus carencias, tiene como consecuencia producir personas fijadas en esa enunciación, muchas veces como único lugar de reconocimiento:

Acá actúa mucho la ONG “Un techo para mi país” que quiere paliar un poco la situación de la vivienda, (...) las casitas de maderas son totalmente precarias, ha habido casos donde se han incendiado y han muerto familias enteras. Entonces, está bien la acción es querer ayudar o paliar la situación apagar el incendio, pero a la larga termina siendo una situación compleja de salud, el tema de los accidentes por incendios con esas casillas. (E. N° 4).

En lo que refiere a saneamiento ambiental se presenta una alta contaminación en a través de aguas servidas en los canales, basuras en terrenos, quemadas de residuos en sitios baldíos utilizados como basureros, quema de pastizal. En todas las zonas del barrio se observa la falta de saneamiento a la vez que no hay recolección de basura por parte de empresas de residuos: “Que no hay recolección de basura, no hay infraestructura que haga que ayude a que un camión recolector entre a esa zona. La gente tiene ese, ese medio solamente para desprenderse de la basura”. (E. N° 2).

Asimismo, el barrio no cuenta con espacios verdes ni espacios para la recreación de la población, debido a la superpoblación:

En el verano el barrio a no tener espacios recreativos (...) sólo el polideportivo que como verán no tiene juego, (...) Entonces, no hay plazas, espacios verdes dentro de lo que es la zona programática. Entonces, los niños se bañan en el canal, el canal está totalmente contaminado con basuras, con desechos de algunas fábricas que tiran curtiembres. No están en la zona, pero

están un poco más allá, va a llegar ahí y muchas enfermedades a nivel de infección de piel sí, diarreas, el tema respiratorio bueno tiene que ver con la tierra, tiene ver con la basura, tiene que ver con la necesidad de los vecinos de que hay tanta basura (...) esa quema de basura produce las infecciones respiratorias. (E. N° 4).

En las cuestiones atinentes a salud como dimensión, se refiere por parte de las entrevistas realizadas: “No es un barrio de clase media, media alta que tiene obra social y no usa el Centro de Salud. Es un barrio que usa el Centro de Salud”. (E. N° 3).

También se refiere a la cobertura de obra social: “(...) la población que nosotros tenemos acá el 85, 90% no tiene obra social”. (Allende, Domínguez, Jara. 2017).

### II.3- Caracterización de las familias y estrategias familiares

Dentro de las estrategias familiares, podemos entender a aquellas asignaciones de recursos humanos y materiales a actividades relacionadas entre sí por parentesco, con el objetivo de maximizar sus recursos para adaptarse a entornos materiales y sociales. Las mismas son desarrolladas por aquellas familias de sectores más pobres para su reproducción, sobrevivencia, en un marco de pobreza y vulnerabilidad<sup>21</sup>, distintas actividades y comportamientos para mantener, aumentar su bienestar o no caer en mayores niveles de pobreza.

Estas estrategias tienen una dimensión económica. Las estrategias familiares pueden en ocasiones oponerse o contradecirse con las estrategias individuales de sus miembros, sobre todo desde el enfoque de género, donde se cuestiona la igualdad de posibilidades de acción y decisión por parte de los distintos integrantes de los grupos domésticos. (Artega, 2007).

A continuación, se mencionan las estrategias observadas a través de las entrevistas realizadas y registros del Diario de campo: el capital social, la asistencia a comedores comunitarios, recolección de cartones, hacinamientos en viviendas, la venta de objetos propios, objetos robados, venta de drogas, la prostitución, la explotación sexual

---

<sup>21</sup> Vulnerabilidad entendida como: “precariedad en la inserción laboral, y fragilidad en los vínculos relacionales, es un proceso y no un estado”. (Castel, 1991. p. 5).

de niñas. Respecto a estas actividades se evidencia el grado de vulnerabilidad de la comunidad:

También es cierto que hay mamás o también es un medio de vida el tema de iniciarlas en la actividad sexual prematuras. (...) Y algunas mamás te lo dicen por dinero también lo hacen. (...) También el consumo problemático de drogas tiene que ver con los bunkers que están instalados como medios de supervivencia de las familias, si tal vez están los narcotraficantes los grandes, verdad. (E. N° 4).

En este conjunto de acciones se destaca otra particularidad como los cambios en las pautas dietéticas que abarca el cambio de hábitos de preparación de alimentos y la organización de los comedores populares, el aumento de flujos de ingresos por transferencias (subsidios, subvenciones, comidas escolares), y cambios en la estructura social del hogar. (Artega, 2007).

Bajo esta caracterización, cabe señalar que las estrategias para reducir la vulnerabilidad a veces imponen una carga desigual a los miembros del hogar. Siendo las mujeres quienes asumen más responsabilidades y una carga desproporcionada en el proceso de adaptación a las dificultades económicas. El Capital social como un activo, vinculaciones con familiares y vecinos cercanos (participación en organizaciones, acceso a créditos informales, otros) disminuye la vulnerabilidad y aumenta las oportunidades a través de redes de reciprocidad. (Artega, 2007).

#### II.4- Conceptualización de los sujetos desde el enfoque de derechos

Los sujetos de la intervención son sujetos de derechos, ciudadanos que poseen derechos sociales, culturales, económicos, civiles, políticos, y no sujetos-objetos de políticas sociales. Ésta concepción es ampliamente compartida por los integrantes del equipo de salud:

Hay una obligación también del Estado y nosotros como parte del Estado, estamos obligados a ayudarte a entender y a

concientizarte de tus derechos para que vos puedas decir: “Bueno, ya que entiendo que son míos, entonces empiezo a pedirlos”, a reclamarlos. (E. N° 2).

El T.S ocupa un lugar privilegiado en el terreno de la acción social en relación a la construcción de ciudadanía o a la desciudadanización.

Los DDHH regulan la relación entre ciudadanos y Estado. Su eficacia se funda en las particulares características que se les atribuyen: a) **Universalidad**: señalan derechos de validez universal para todas las personas a las que están destinadas, sin discriminaciones de ninguna especie; b) **Operatividad**: tienen aplicación directa, aun cuando no existan en el sistema legal interno normas específicas que regulen las situaciones de las que derivan las violaciones; c) **Sistematicidad**: el plexo de derechos vale como un sistema, en el que unos derechos están vinculados a otros; d) **Obligatoriedad**: son instrumentos legales que reconocen derechos individuales que deben respetarse y garantizarse en cortes jurisdiccionales; e) **Responsabilidad**: el incumplimiento de estos derechos genera responsabilidad estatal en el orden internacional. (Maffia, 2006).

Para evaluar si se cumple el derecho a la Salud, entonces, hay que observar el alcance de las obligaciones de un gobierno (respetar, promover, proteger y garantizar) y las limitaciones (económicas, geográficas, sociales) tomando en cuenta los estándares de derechos alcanzados en el sistema internacional de DDHH.

Es importante recordar que los derechos pueden ser violados por acción u omisión, siendo éste último el modo más frecuente cuando se trata de los derechos de las mujeres y las disidencias. En términos generales, los derechos civiles y políticos suelen violarse por acción del Estado (prohibición de expresiones políticas, censura, privación ilegal de la libertad), mientras que los económicos, sociales y culturales suelen ser violados por omisión (falta de seguridad, trabajo, vivienda, salud, educación).

Cuando las personas se encuentran en situación de vulnerabilidad, la ausencia del Estado les afecta de modo más grave, el 70% de los pobres son mujeres. (Maffia, 2006).

En cuanto a la vulneración en materia de derechos, los efectores de salud del Centro de Salud N° 57, manifiestan:

Me parece que es una situación de vulnerabilidad, yo me acuerdo cuando recién empecé a trabajar acá se murió un bebé, que estábamos desayunando acá y llegaron apenas había, eh. era

a las 7, claro, lo atendió la xxxxxx, ese niño había estado toda la noche, no tenían un centavo, no tenían la plata y esa consulta habría sido preventiva en un 24 horas para el cuadro de ese niño, en ese sentido porque cuando vos tenés recursos vos llamas un taxi, cuando hay miedo “Porque no que voy a salir de noche que nos van asaltar” y todo eso. Entonces, la mamá hizo el aguante, no es que estuvo descuidada, nada, hizo el aguante hasta que se abrió el Centro, vino y se murió acá. Era re prevenible eso, por eso digo que los 24 horas tienen que ver con el contexto de determinada zona que, en realidad no tendría que existir la zona de pobreza. (Allende y Domínguez. 2018.).

La protección de los DDSS es para todas las personas, sean mujeres o varones, disidencias, heterosexuales, adolescentes, adultos, ancianos o discapacitados. La explicitación de la no discriminación fortalece a los sectores más vulnerables, en especial los niños, adolescentes, a las disidencias, personas con discapacidad y mujeres, quienes son las personas más expuestas a la violencia, la violación y las condiciones forzadas de sexualidad y maternidad. Incluyen una gran variedad de protecciones que atraviesan muchos otros derechos, y que no se limitan a cuestiones relacionadas con la Salud.

En este marco, con respecto a los DDHH, y a los DSyR, hay cinco tipos de barreras que dificultan su ejercicio:

1. Una barrera epistémica: esta barrera tiene que ver con el conocimiento, y es que muchas veces las personas no conocen sus derechos. Esta barrera se soluciona con información, saber leer y escribir no garantiza que se comprenda el alcance y sentido de las normas. Se debe hablar con un lenguaje sencillo, no técnico y preguntar si se comprende la información, y pedir a las personas que digan lo que entendieron respecto a la información dada:

Para dar respuesta y para que no abandonen el método porque muchas mujeres como usan la inyección no les viene, la dejan y ahí vienen los embarazos no buscados. Entonces esto de decir: “No, no, no. Vos seguí tomándola, después venís, vemos de pedir una ecografía para que te quedes tranquila. Pero no, no, no decirle: “¡No, tenés que menstruar todos los meses!”. (...)

Bendita concepción que la mujer tiene que menstruar todos los meses (...) y que no lo dicen las abuelas, las dicen médicos: “Ah, no. No estás menstruando deja las pastillas para que menstrues”. No. No, no, no. (E. N° 3).

2. Una barrera subjetiva: esta es quizás la barrera más difícil y desafiante, porque tiene un aspecto de autoafirmación. Aunque las personas conozcan la existencia de sus DDHH, no sienten su merecimiento (por ej. migrantes, nueve pobres, jóvenes estigmatizadas, otros). Superar esta barrera, es algo que se empecinan en hacer las organizaciones de mujeres y disidencias, significa fortalecer el aspecto de dignidad de cada persona, su autopercepción como ciudadane y su autoestima como persona:

Y que aparte haya un policía en la puerta que lo... a mí la otra vez me dijo una persona que como que era fuerte (...) si un policía lo fletó, tenían un turno conmigo antes de hora y después me avisan que se habían ido porque el policía no había sido muy amigable y hay algunas representaciones con relación a la policía. Entonces, también después yo le tuve que decir vengan porque tenía que atender a ese niño, entonces volvieron. (Allende y Domínguez. 2018).

3. Una barrera formal: esta barrera consiste en que, aunque los tratados de DDHH deben tener eficacia como derecho interno, si no hay una ley o resolución específica es difícil hacerlos valer.

Para superar esta barrera, en Argentina ha tenido una importancia fundamental la Ley de cupo para la participación política de las mujeres, a partir de la cual llegaron nuestras cuerpos a la legislación. Las leyes contra la violencia, contra el acoso sexual, de SSRR y de Identidad de Género, han llegado en los últimos diez años de la mano de mujeres y disidencias que, superando sus diferencias partidarias acordaron políticas de género.

4. Una barrera política: tiene que ver con la falta de recursos materiales, humanos y de comunicación para hacer valer las normas. Las leyes no son condición necesaria ni suficiente para que un derecho valga. Aún con leyes, por diferencias políticas muchos municipios no entregan los insumos, o no deciden modificar la estructura de atención cuando se vota la Ley de Salud Sexual y Reproductiva, con lo que la atención se reduce

a unas horas semanales de pocos profesionales. La voluntad política debe expresarse en esta materialización, de lo contrario la omisión de recursos también es una estrategia política de obstrucción:

Una población de 15.000 personas con un recurso humano igual de hace 15 años atrás. Entonces, indudablemente el recurso humano va a ser poco para tanta población. (...) recursos materiales, recursos económicos, recursos en apoyo de derivación, por ej. lo que es salud mental (...), hay una psicóloga y una T.S para toda la población (...), primero que eso es un recurso escaso, no toman más psicólogas y trabajadoras sociales porque es una política de Estado y otro tema es los lugares dónde se pueda derivar. (E. N° 4).

5. Una barrera jurídica: para que un derecho valga, debe ser exigible. La exigibilidad de los derechos depende del acceso a la justicia (que en las mujeres y disidencias es un problema en sí mismo) y de la existencia de lugares accesibles de reclamo, como las Defensorías del Pueblo. (Maffia, 2006). Como se refiere desde el equipo de salud:

Hoy Córdoba está, (...) obstruida (...) en la implementación del protocolo a Nivel Nacional porque hay un amparo que lo propone y la toma la justicia y lo pone en práctica. Un amparo de una organización eclesióstica (...) el Portal de Belén, que impide que todas las instituciones provinciales puedan desarrollar el protocolo a Nivel Nacional hasta que no se resuelva la cuestión de fondo ¿Cuál es la cuestión de fondo? La legalización del embarazo. (...) Con esta cuestión creemos y esperamos que se resuelva para que Córdoba y las instituciones públicas y maternas que (...) deberían estar en condiciones para desarrollar una práctica que asegura un derecho que por ley está presente (...) Y si hay personas que (...) son objetores de conciencia, puedan definirlo claramente en la parte pública y en la parte privada no lo hagan. Pero que la institución asegure que

se de esa práctica. (...) Primero porque no hay educación sexual en las escuelas. Hay una ley, pero no se implementa en él, más del 90 % de las escuelas y si se implementa, esporádicamente en un espacio del año escolar y en algunos cursos, en algunos grados. No se da desde el nivel inicial como dice la ley hasta que termine el secundario (E. N° 2).

La objeción de conciencia es una herramienta que sirve para preservar el derecho a la libertad de conciencia basado en cuestiones religiosas y que permite a quién la invoca una autorización para eximirse de cumplir con obligaciones públicas, es por ello que es individual, las instituciones no pueden ser objetoras de conciencia. Es uno de los obstáculos más frecuentes para las personas gestantes en los casos de aborto legal e incluso para el uso de métodos anticonceptivos tales como el DIU o la ligadura tubaria, la información o asistencia sobre prácticas para la SSRR. Su uso descontrolado viola los derechos de las personas.

La persona objetora de conciencia debe ser autorizada por las autoridades de las instituciones. El Estado, garante de la salud pública, debe reorganizar el recurso humano para garantizar las prácticas sanitarias, debe haber profesionales no objetores de conciencia. (Alanis, Barone, Britez y otros. 2017).

#### II.5- Caracterizando a los sujetos de la intervención de la práctica pre-profesional

Los sujetos de la intervención pre-profesional se autoperceben como mujeres. La franja etaria es de 25 a 55 años de edad, y pertenecen al área programática que abarca el Centro de Salud N° 57 de Argüello IPV.

Son sujetos que se encuentran inmersas en un determinado contexto histórico, político, económico, social, cultural, en el sistema capitalista y patriarcal y se encuentran condicionadas por esta ideología patriarcal, en dónde el género como factor de desigualdad es la principal dificultad para desnaturalizar los roles de género que obstaculizan a su vida cotidiana, en dónde ser madre es un deber, por ej.: la mayoría de las mujeres que no asisten al Centro de Salud por consultas de SS y DSy(no)R, concurren al mismo para llevar a sus hijos al Control de los Niños Sanos o por consultas por sus parejas, dejándose ellas y su salud en último lugar, este hecho es atravesado por varios

factores, por ej.: el número de hijos, la cantidad de horas dedicadas a las actividades de reproducción de la vida cotidiana, tales como las tareas domésticas (limpiar, cocinar, lavar ropa, llevar a sus hijos al colegio, etc.), trabajar, otros.

*La vida cotidiana* se plantea como el ámbito privilegiado donde se opera ese proceso de internalización-externalización que tiene como resultado la reproducción de esa *forma de vida*, así como la de los sujetos que la viven y de su actitud ante ella. (Giorgi, 1995).

Existen cotidianidades, pero estas formas de vida limitan a determinados sectores sociales en un momento histórico y en una sociedad determinada por factores sociales, culturales, económicos y políticos. En estas circunstancias se transmiten ideologías, el mundo interno se configura a través de la internalización de roles, entre ellos los de género, en base a modelos identificatorios como la familia. Así, desde temprana edad las personas aceptan ciertas formas de dominación social como legítima e incuestionable:

En este contexto, dos referentes agregan que en realidad la salud de las mujeres o las mujeres no consideran como prioridad atender su salud, porque prioridad atienden la salud de los hijos y la mayoría de consultas que hacen acá en el Centro tiene que ver con la salud de los hijos y después con las de ellas. (Allende y Domínguez. 2018).

Sin embargo, desde el Centro de Salud N° 57, despliegan estrategias de oportunidad para cuidar la salud de las mujeres como se evidencia en el siguiente testimonio:

(...) la mayoría mujeres. Son muy pocos los varones (...) o acompañan a la mujer o vienen a buscar un método anticonceptivo específico que es el único que usa el varón que es el preservativo (...) También se le brinda información. (...). Se da la oportunidad que la mujer pueda venir con su pareja si es que tiene pareja, para que los dos sean informados sobre los métodos. (...) Pero siempre sabiendo que la elección es de la mujer. (E. N° 2).

Cabe mencionar que las mujeres de la intervención, en su mayoría ya han sido madres y se encuentran en pareja estable. En menor medida hay jefas de hogar, que son las proveedoras.

Se puede sostener que las mujeres del área programática, como grupo social, ocupan un lugar de subordinación económica en relación a los varones. Frente a la actividad productiva del varón, la función de la mujer es reproductiva, reproduce biológicamente, es la encargada de la crianza y socialización de los hijos, desempeña tareas domésticas (trabajo invisibilizado – no remunerado), y esto reproduce la división sexista y la dependencia económica de la mujer hacia el hombre. La autora Maffía (2006) menciona que:

Una primera observación la merece el uso notable del lenguaje *madre* de este inciso. Como cualquiera puede advertir, *madre* es una propiedad relacional y no una propiedad intrínseca. Transformar a una mujer en cinta, por ese sólo hecho, en *madre*, significa darle a esta relación un fuerte carácter biológico y determinista en reemplazo de la función maternal. (p. 1-2).

Respecto al Sistema de Salud, en general no poseen obra social. Las que se encuentran en edad reproductiva, mayoritariamente utilizan algún método anticonceptivo (MAC). Pueden acceder a la información (aunque sea incompleta) y a algunos métodos (actualmente faltan MAC, tales como el inyectable y el implante). A su vez, estas mujeres son atravesadas por instituciones y relaciones de poder que moldean sus subjetividades y reproducen el orden social establecido.

Tal como señala Quiroga (1999), este sistema de relaciones sociales, sea cual fuera su característica, tiende a garantizar su permanencia y desarrollo por la configuración de personas aptas para sostener esas relaciones y perpetuarlas. Es decir, sujetos, cuyas actitudes, formas de sensibilidad, modelos de aprendizajes, métodos de pensamientos y acción sean funcionales a este sistema social.

Son ciudadanos que poseen recursos, potencialidades y deseos que conllevan el reconocimiento de las necesidades (materiales y no materiales) y su problematización. Sujetos producto de las condiciones objetivas y subjetivas, producto de la historia y que tienden a constituirse en actores colectivos.

Las mujeres de esta población poseen sus derechos incumplidos y se encuentran en situación de vulnerabilidad para la producción y reproducción de su vida cotidiana:

Uno empieza a más conocer, te das más cuenta de la, de la precariedad de la persona y las pocas oportunidades de no hacer otra cosa que o de trabajar de changarín en una construcción, la mujer de ama de casa y nada más. (E. N° 2).

## II.6- Una aproximación al Campo Problemático y los sujetos de intervención

En los años 2002 y 2003, en el marco de la crisis económica, política y social que atravesaba el país, el Ministerio Nacional de Salud declaró la emergencia sanitaria a fin de dar respuesta, procurando garantizar a las personas el acceso a los bienes y servicios básicos para la conservación de la salud.

Este Campo Problemático se estructura, desestructura y reestructura en torno a lo que Fraser (1991) define como la lucha por las necesidades. Las políticas sociales en torno a la SS y DSy(no)R, también fueron el resultado de procesos de lucha por su interpretación e incorporación en la agenda pública y la agenda política.

Entonces, los principales intereses en disputa por los que los jugadores participarían del juego en este Campo se traduce a las principales necesidades del orden material y no material, que las lleva a demandar, entre ellos tanto a los MAC como la necesidad de información y el acceso a los mismos. El acceso a los MAC se encuentra reflejado en las políticas públicas ya instaladas desde hace más de quince años, las cuáles también fueron producto de disputas.

Es importante aquí lo expuesto por Chiara y Di Virgilio (2009), quienes retoman los aportes de Oszlak y O'Donnell (1976). Las autoras expresan que:

La política pública es el conjunto de las tomas de posición del Estado frente a una *cuestión* que concita atención, interés o movilización de otros actores de la sociedad civil (...). Con *toma de posición* estos autores hacen referencia tanto a la acción (...) como a la omisión de los actores sobre una determinada cuestión. (p. 54).

En Argentina, durante largo tiempo primó una ideología pronatalista que permeó las políticas y programas de salud pública: En 1974, el gobierno de Isabel Perón sancionó el decreto N° 659 que prohibía las actividades de control de la natalidad; en 1977, la dictadura militar continuó con la misma línea de acción en cuanto al control de la natalidad; en 1986, ya en democracia, las normas restrictivas fueron derogadas; en la década del 90, los efectores de la salud tenían prohibido distribuir los MAC.

A partir del año 2002 en adelante, a través de luchas se cristalizaron leyes que refieren a la SS y los DSy(no)R, se puede establecer que las decisiones políticas por implementarlas y efectivizarlas no han sido suficientes. Es por ello, que desde el T.S y desde nuestra práctica específica es posible y deseable promover la autonomía de las personas como ciudadanes de derechos, a través de actividades como el brindar información sobre sus derechos, las leyes que las amparan, facilitar el acceso a los servicios y recursos. Como así también, contribuir a la politización de otras necesidades radicales que se disputan y se definen en la actual coyuntura, tales como la IVE. Esto se puede evidenciar en el siguiente testimonio:

No hay problema, yo interrumpí un embarazo. (Se solicita si puede responder una encuesta sobre SS e IVE). Con esto de la Campaña del aborto, tengo en mi Facebook la bandera verde colgada. Mi familia no entiende, y yo le digo que tengo mis razones. Yo soy cristiana. Siempre estuve en contra del aborto hasta que aborté. Tengo 4 hijos y tengo 26 años. (Vecina, 26 años. Diario de campo. 11 de noviembre de 2018).

La persona, que interrumpió voluntariamente el embarazo, se encuentra de acuerdo con que la IVE es un derecho, y debe ser legal, segura y gratuita en todos los hospitales. Considera que se debe hacer más hincapié en el acceso a la información y a los MAC. También, concurrió a capacitaciones sobre género, MAC, DSy(no)R e IVE. No participó de ninguna manifestación referente a los derechos o problemáticas que atraviesan las mujeres por falta de tiempo, pero le gustaría. La forma de interrupción de embarazo que conoce es medicamentosa (Misoprostol) y la utilización del tallo de perejil.

Se puede ver en este caso en concreto, que el capital cultural incorporado y objetivado de esta mujer, se ve reflejado en su posición y posicionamiento respecto a la IVE. Al haber experimentado en su trayectoria de vida esta situación, en dónde se le

remarcó que la IVE es un derecho de las mujeres, ya que afecta su vida y su Salud, en contraposición de otras concepciones. Prima aquí entonces, el Capital cultural sobre los Capitales sociales y la religión profesada.

Por otra parte, se puede establecer que las necesidades de las mujeres que acceden al Centro de Salud N° 57, se encuentran condicionadas por sus representaciones y condiciones objetivas, como por ej.: en relación al Capital cultural y la falta de la totalidad de la información acerca de todos los MAC disponibles, así como sus características y afectaciones en la Salud y en sus cuerpos. Por ej., esto se evidencia en el testimonio de una persona que recurre al Centro de Salud N° 57 al decir que no pudo elegir el método deseado debido a no haber obtenido toda la información de manera anticipada, completa, precisa y pertinente:

Quería saber del DIU. Yo me cuido con inyección, me hace mal. Me siento cansada todo el tiempo (se informa sobre el DIU) Yo lo tuve a él [niño de menos de 2 años], no podía quedar embarazada y ahora me cuido. No lo elegí al método (Se pregunta si el médico del Centro de Salud se lo impuso): -Sí. Y me cae mal. (Se informa sobre el testeo). - ¿Y qué pasa si no me hago el PAP? ¿Para qué sirve? Porque desde que estuve embarazada me lo hice solo una vez, estando embarazada. (Se informa sobre el PAP y MAC). (Vecina, 33 años, posee tensión alta. Diario de campo. 18 de noviembre de 2018).

Como se ha mencionado anteriormente, el género es una característica que posibilita entender sus posiciones en el campo, a través de sus demandas. La mayoría de las mujeres a lo largo de su trayectoria por los procesos de socialización primaria y secundaria, han instalado en sus matrices de aprendizajes que son las mujeres las *que deben cuidarse*, no de su SS de manera amplia, sino restringida a fin de evitar embarazos no deseados, en dónde el hombre no tiene ninguna responsabilidad.

En este marco, es de especial relevancia hacer foco en la caracterización a partir de la Sistematización de las Consejerías pre y post aborto realizadas por las efectoras de

la salud del Centro de Salud N° 57. Se presentan a continuación datos cuanti-cualitativos sobre las demandas de ILE del 2017<sup>22</sup>- 2018<sup>23</sup>.

Los profesionales que llevan a cabo la Consejería pre y post aborto compartieron su sistematización dónde presentan datos recolectados de mujeres, a quienes atendieron durante estos últimos años en el Centro de Salud N° 57. Se presentarán estos datos divididos por año, primero el del 2017 y luego el del año 2018.

A partir del 2012 empezaron a realizar acompañamiento en Consejerías pre y post aborto y a sistematizarlas de manera rudimentaria. En el año 2012 realizaron 8 acompañamientos, en el año 2013 2, en el 2014 4, en el 2015 17, en el 2016 52 acompañamientos. Siendo que no contemplaron varios acompañamientos porque las profesionales lo hacían por cuenta propia y no sabían que su compañera también lo realizaba.

En el año 2017, empezaron un trabajo de investigación de la OPS, y sistematizaron 49 acompañamientos, de 49 mujeres, 5 continuaron con el embarazo.

De esta sistematización surgen datos de cómo estas mujeres llegaron al espacio: 15 mujeres se enteraron del espacio por algún profesional del equipo, 10 mujeres por referentes no territoriales, 18 mujeres fueron derivadas por la Red de Abogadas Feministas, ONG feministas, La Colectiva, el Programa Municipal de ITS, ex alumnas de la Universidad Católica y amigas del personal de equipo, entre otros. Y las otras 6 mujeres eran del territorio, 2 mujeres se enteraron por los afiches de la sala de espera<sup>24</sup>.

Según las disciplinas que acompañaron este espacio fueron: medicina 40 mujeres, 27 mujeres por psicología, 4 mujeres por enfermería, 1 por T.S. En este sentido, el 78% de las mujeres eligieron ser acompañadas por 2 disciplinas diferentes. Sólo 9 mujeres fueron acompañadas por medicina, que estuvo presente en el 97,56 % de los casos.

En relación al grupo etario la conformación fue la siguiente: 1 adolescente de 15 años fue sola, de 15 a 19 años 5 mujeres, de 20 a 34 años de edad 24 casos, 11 mujeres de 35 a 44 años. Les profesionales ante estos datos cuestionaron el mito sobre el embarazo adolescente y la profesional les comentaba que los adolescentes no llegan al espacio porque les da vergüenza. Según el domicilio de las mujeres que concurrieron a la consulta por aborto 22 eran del área programática, 12 mujeres procedían de Córdoba Capital de diferentes barrios, 6 mujeres del interior y 1 de otra provincia. Según los estudios

---

<sup>22</sup> Ver Anexo N° 6.

<sup>23</sup> Ver Anexo N° 7.

<sup>24</sup> Ver Anexo N° 8.

alcanzados 4 mujeres tenían primaria completa, 2 primaria incompleta, 7 secundario completo, 11 secundario incompleto con gesta previa.

Con ingesta 4 con secundario completo, 2 secundario incompleto, 10 con terciarios, universitarios. En total 39 mujeres poseían secundario completo y universitario. Es decir, a mayor nivel educativo, pueden decidir tener menos cantidad de hijos.

Respecto al estado civil 32 mujeres eran solteras, 9 poseían una unión estable. En tanto a los abortos previos sólo 12 mujeres tenían antecedentes, mientras que 16 mujeres no tenían hijos y el resto fueron embarazos no planeados.

Por su parte, los MAC que utilizaban las mujeres al momento de acceder al acompañamiento por ILE refieren que 23 mujeres no usaban métodos, 10 mujeres usaban hormonal, 5 mujeres usaban de barrera, 1 tenía el DIU y 2 mujeres habían accedido al acto de emergencia y le falló.

12 mujeres accedieron en la semana 7, y de 6 semanas 8 mujeres, es decir que el 50% de la muestra de la semana seis y siete. Hay una mujer que cursaba 20 semanas y otra de 23 semanas y una joven que cursaba 13 semanas.

Al momento del acompañamiento 25 mujeres estaban solas, 4 vinieron con sus parejas, 7 mujeres estaban acompañadas por otras personas (familiares y amigas). En torno a las elecciones y el proceso de tratamiento se comenta:

El método utilizado 100% en todos los casos como primera elección fue el tratamiento ambulatorio, también le ofrecimos la AMEU<sup>25</sup> en el Consultorio de Salud Sexual Integral o sea que 29 mujeres del 70% fue medicamentoso; 5 mujeres tuvieron legrado y 3 mujeres AMEU; una que fue internada por el caso de anencefalia y de la otra no tuvimos datos.

De la 3 mujeres que realizaron el aborto con AMEU fue de segunda elección porque había tenido problemas con el tratamiento medicamentoso le había salido lesiones bucales y náuseas u vómitos, y ella elige por su cuenta realizar una intervención tras quedar restos después de que le hicimos la eco; de 5 mujeres que resolvieron con legrado habían realizado en primer instancia un tratamiento medicamentoso; 4 quedaron

---

<sup>25</sup> La Aspiración Manual Endouterina (AMEU) es la primera opción para el tratamiento del aborto incompleto recomendada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), y avalada por la OMS. La AMEU es una técnica segura, efectiva, rápida, con menor pérdida de sangre y menos dolorosa que el legrado uterino instrumental. La AMEU se asocia con niveles más bajos de complicaciones, como perforación uterina, sangrado excesivo, infección pélvica y las lecciones cervicales que se presentan con el legrado.

con restos y acudieron tras la presentación de signos de alarmas (...) a la guardia. (...) una mujer con un embarazo de 11 semanas tras la toma de 4 pastillas tuvo una hemorragia (...) fue asistida y se le vio de manera oportuna en el Hospital Neonatal, donde se le hizo un legrado.

De 22 mujeres que continuaron atendiéndose en el Centro de Salud N° 57, 8 están con implantes, 2 con ACO, 1 con ASI, 1 con DIU y sin método 1 sola, o sea que de ese 40% que había venido al 57 sin método, actualmente 60% están con métodos. (Efectora de la salud. 10 de abril. 2018).

Por otra parte, se presentarán a continuación la sistematización realizada a partir de los acompañamientos para la interrupción del embarazo del año 2018. En relación a las consultas, estas fueron por asesoramiento, disminución de riesgos y daño e ILE.

En vista de las derivaciones y se cómo referenciaron las mujeres al espacio, se establece que: durante el año y quiénes referenciaron: el 0800 Ministerio de Salud a 25 mujeres, profesionales del Centro de Salud N° 57 a 23 mujeres, consultante anterior a 15 mujeres, Red de Mujeres (La Colectiva, Feministas) a 15, otros equipos de salud a 7, nota la voz del interior a 7, Socorristas a 3, cartelería 4, estudiantes UCC a 2. Total= 100 mujeres. Se resolvieron 64 intervenciones, el resto fueron derivadas. Se sistematizaron 64 H.C.

Sobre las disciplinas que acompañaron en el momento de la Consejería pre y post o ILE: Psicología a 13 mujeres, Enfermería a 2, Medicina a 62, Estudiantes de la UCC a 15.

Así mismo, el grupo etario que llega al espacio responde a: 7 mujeres de 15-19 años, 46 mujeres de 20-34 años y 11 mujeres de 35-44 años.

Según el domicilio de residencia: 15 mujeres del Área Programática, de Capital, de otros barrios 34 mujeres, 14 mujeres del interior de Córdoba<sup>26</sup>, de otra Provincia 1.

Otros datos relevantes son los respecto al nivel de estudio alcanzado: Primario incompleto 8, secundario completo 12, secundario incompleto 19, terciario/Universitario 25. El 65% de las mujeres tenían gestas previas. Según estado civil: casadas 5, unión estable 19, solteras 29, otro 11.

En relación al motivo de consulta y los antecedentes de abortos previos: 45 mujeres 0, 14 mujeres 1, 3 mujeres 2, 2 mujeres 3 o más. Cuando se consulta sobre embarazo planeado, se establece que 64 mujeres no planificaron el embarazo. Sobre

---

<sup>26</sup> Bell Ville, Cura B., Parque Montecristo, Mendiola, Villa Allende, C. Paz, Alta Gracia, Villa del Rosario, J. Celman, Río 3, Río Ceballos, Toledo, Saldán.

consulta sobre Aborto legal (ILE o Disminución de Riesgos y daños): 64 mujeres. Cabe mencionar que también fueron consultadas sobre la utilización de MAC al momento de acceder al acompañamiento para ILE: 25 mujeres no usaban, 11 mujeres usaban hormonal, 17 mujeres usaban barrera, anticonceptivo de emergencia 8 mujeres y 3 mujeres con método natural.

También existen datos sobre el número de mujeres que accedieron a la primera consulta de acompañamiento según semanas de gestación: 5 semanas 5 mujeres, 6 semanas 7 mujeres, 7 semanas 15 mujeres, 8 semanas 16 mujeres, 9 semanas 6 mujeres, 10 semanas 5 mujeres, 11 semanas 4 mujeres, 12 semanas 2 mujeres y de 14 a 17 semanas 1 mujer. Sobre la diferencia en días desde la primera consulta a la accesibilidad al tratamiento medicamentoso: de 1 a 5 días 37 mujeres, de 6 a 10 días 13 mujeres, de 11 a 15 días 4 mujeres, de 21 a 25 días 1 mujer. Sobre el acompañamiento al momento de la consulta: solas 33 mujeres, en pareja 11, familiares 13, otro 7.

A partir de esta caracterización, la sistematización también da cuenta de que 5 mujeres después de la consulta decidieron continuar su embarazo. En el resto de los casos, la sistematización da cuenta de los números según el método de resolución final del aborto: medicamentoso 46, AMEU 4, legrado 8, aborto espontáneo 1. Las 8 mujeres que resolvieron con legrado, utilizaron de primera instancia tratamiento medicamentoso, tras la presentación de *signos de alarma* acudieron a la guardia.

A partir de los datos registrados, toma relevancia además el hecho de que, en el año del debate en el Congreso de Nación sobre la ILE en nuestro país, se incrementó la consulta por ese problema de Salud, ya que en el año 2017 se recibió 49 consultas aproximadamente, y en 2018, se incrementó el número de consultas a 100.

En este contexto se comenzó a articular con el 0800 de SS del Ministerio de Salud de Nación, por lo que muchos casos recibidos eran de otras localidades de la provincia de Cba. Por primera vez alumnos de Práctica Final Obligatoria de Medicina, Universidad Católica de CBA, se formaron en espacios de acompañamiento para ILE: los diferentes medios de comunicación difundieron el espacio de acompañamiento con mayor impacto.

Por su parte, en torno a los obstáculos se puede mencionar que en ningún caso el Estado efectuó compra de medicación. Aquí se destaca también la dificultad de articulación de derivaciones con el segundo nivel, y la atención sin perspectiva de derechos que lesiona el vínculo de las mujeres con los profesionales de la salud; el legrado continúa siendo la práctica de elección para resolución de abortos incompletos;

discontinuidad en la accesibilidad a ecografía; discontinuidad en provisión de métodos anticonceptivos<sup>27</sup>.

Es necesario en este punto, poder caracterizar a las sujetas en torno al proceso de encargo/demanda en relación a la problemática abordada en esta intervención. En este sentido, el proceso de intervención comienza con los encargos institucionales y las demandas; y supone un proceso de inserción en la situación inicial. Esta situación se pone de manifiesto, ante un problema que se presenta de manera explícita y se constituye en el punto de partida.

Nuestra intervención comienza en el primer encuentro realizado con nuestra referente institucional, en la primera entrevista el día 11 de enero de 2018, y se puso de manifiesto continuar las líneas de acción trabajadas anteriormente por las compañeras de otros años, develando el primer encargo: “(...) *para ello participamos en la radio comunitaria “La Rimbombante”. Puntualmente en el programa “Mujeres con Todo al Aire”, en el bloque de Salud Sexual y (no) Reproductiva”*. (Allende y Domínguez. 2018).

En este proceso se reconoce, por un lado, los encargos que aparecen ante de la intervención y provienen de una zona de poder del establecimiento o de la institución (Gattino, 2003, p. 1): En éste caso el encargo provino del área de Servicio Social del Centro de Salud N° 57, de la referente institucional, quién pretendía que participemos en La Radio Rimbombante, en el programa *Mujeres con Todo al Aire*.

Por el otro, las demandas que surgen durante la intervención, son múltiples, contradictorias, ligadas a la existencia de conflictos. Ponen en evidencia un vacío, la carencia (técnica o social) frente a los problemas. (Gattino, 2003).

Así, desde el punto de vista de la estructura social, la demanda ya ha sido situada, los modos de su producción social históricos que hablan de su contexto cultural, político, económico. Desde el punto de vista de los sujetos, debe entenderse como la articulación del significante del deseo.

En un primer momento se realizó el diagnóstico situacional, a través de observaciones participantes, las entrevistas al equipo de salud, la participación en los diferentes proyectos y espacios institucionales, y el análisis de la devolución de las tesis del año anterior que también abordaron la misma temática. Durante todo el año se revisó la literatura y también se realizaron capacitaciones durante la formación académica a fin de realizar esta instancia.

---

<sup>27</sup> Ver Anexo N° 9.

Las demandas de las vecinas en base a la devolución de las compañeras del ciclo lectivo 2017 fueron: abordar la violencia de género y los DSy(no)R, la falta de medicamentos y MAC, la falta de privacidad, mayor recursos humanos, los cambios permanentes en la entrega de leche y en los horarios de atención, la dificultad para conseguir turnos lo cual generaba malestar<sup>28</sup> en la gente y que las urgencias sean atendidas.

Es de especial importancia en este apartado, caracterizar los discursos y las representaciones sociales de las mujeres ante las demandas.

Abordar espacios de asesoramiento y/o acompañamiento en temas de Salud integral y particularmente en SS y DSy(no)R hace casi indefectiblemente pensar en las mujeres que a menudo son identificadas como responsables de la planificación familiar.

La perspectiva de género, permite problematizar *el cuidado*, ya que recae en la responsabilidad de la mujer el hecho de *cuidarse*, y cuidar a les otros, sosteniendo y reproduciendo mandatos sociales del ordenamiento patriarcal: “Si por que las mujeres llevamos la carga”. (Se brinda información sobre los derechos, diferentes MAC, testeo, PAP, cuestionamos el hecho que sea una *responsabilidad de la mujer cuidarse*, entregamos folletería). (Mujer de 45 años acompañada por 2 hijas de más de 15 años. Diario de campo. 18 de noviembre de 2018).

Como expresó el efector de salud del Centro de Salud N° 57, el 60 % del total de la comunidad de Argüello IPV reconoce el acceso de los DSy(no)R como una necesidad, siendo las mujeres casi la totalidad de ese porcentaje, naturalizado el hecho de que es la mujer quién debe cuidarse y cuidar a otros, sobre todo de los embarazos no planificados, y de las ITS.

De las demandas recibidas el 95 % fueron realizadas por personas que se autoperciben como mujeres: “Tomen hay que cuidarse. Yo ya tengo cuatro críos”. (Tía, entregó preservativos a sus 2 sobrinas adolescentes). (Vecinas 32, 16, 15 años. Diario de campo. 25 de octubre de 2018).

En cuanto a los imaginarios sociales, la vida cotidiana de un grupo social, nos revela la estructura significativa transmisora de ideologías de les sujetos. A través de ella las personas “reciben en forma codificada una visión del mundo y de su lugar en él”. (Giorgi, 1984, p. 83).

---

<sup>28</sup> Garay (2006), propone entender al malestar como un fenómeno que se expresa en la queja, es una vivencia subjetiva de las personas. El malestar institucional es un fenómeno que se dramatiza en les agentes sociales, en las relaciones y vínculos de éstos con la institución y en el interior del escenario institucional.

En la construcción de lo social las prácticas comunicacionales y los discursos en que ellas se expresan, son prácticas productoras de sentido en las que se manifiesta la dimensión de lo social y cultural. Willians (1988) nos plantea que la comunicación permite y produce la puesta en práctica de un sistema significativo, la cultura. La misma cobra existencia a través de las prácticas comunicacionales productoras de sentido.

Los sistemas significantes desde esta perspectiva son mucho más complejos que el acceso al universo simbólico desde lo que las personas dicen o piensan. Mucho más complejo aún debido a la escasez de integración mantenida con los agentes sociales, como elemento componente de una red de intercambios, incluyendo la práctica social, que produce, actualiza y reproduce una práctica productora de sentidos.

Este planteo supone que se puede tener una aproximación para describir representaciones sociales, imaginarios e intereses. Pero no se puede generalizar en una población de más de 15 mil habitantes, más de 30 discursos que se han mantenido con los sujetos de la intervención.

En este panorama, las vecinas realizan una crítica a la vida cotidiana, sobre los roles de géneros, produciendo un efecto emancipador de los mecanismos de reproducción del orden social establecido, a través de la interpelación y problematización de los hechos, provocando una ruptura y desestructuración de mitos, siendo de esta manera protagonistas activas de los aspectos que influyen en su vida cotidiana: “Yo ya tuve 4 hijos que se cuide él”. (Vecina. Diario de campo. 16 de octubre de 2018).

Se produce por parte de las mujeres un replanteo a sus parejas donde les solicitan a los hombres que se hagan la vasectomía, la utilización del preservativo. También hay representaciones sociales que demuestran el deseo autónomo de cambiar los MAC sobre todo la mesigyna, ya que no se produce la menstruación y consideran “que no es algo normal”, planteando miedos a quedar embarazadas.

Otra representación social ampliamente compartida que se apreció en personas de diferentes géneros y edades y profesiones, es la concepción de que la SS y los DSy(no)R, está dirigida sobre todo a los jóvenes o que se informan para transmitirles la información a las otras generaciones: “Eso es para personas jóvenes”. (Vecino, 55 años. Diario de campo. 15 noviembre de 2018).

El 70 % de las demandas recibidas en el Centro de Salud N° 57 fueron directas y explícitas, realizadas por mujeres de menos de 40 años, siendo en su mayoría demandas de información o sacarse dudas sobre los MAC, el ciclo menstrual y en menor medida folletería, preservativos, testeo de ITS, DSy(no)R, información sobre ligadura tubaria,

vasectomía, información sobre el PAP. El otro 30% son demandas indirectas explícitas, para transmitirles la información y recursos (folletería, preservativos) a otras personas.

Heller (1985) nos dice que las necesidades son: “deseos conscientes, aspiraciones e intenciones dirigidas en todo momento hacia cierto objeto” (p. 85). En la praxis, se constata esta definición ya que son las mujeres quiénes se movilizan y demandan para satisfacer estas necesidades.

Se establece así, que todas las demandas explícitas, directas o indirectas, así como una derivación se constituyen en necesidades (materiales y no materiales), y son expresados como necesidad de capacitación, información y acceso a los derechos. Sin embargo, hay quienes siguen reproduciendo mitos en base al desconocimiento y poniendo en riesgo su salud dejando su Salud en manos de Dios, ya que no están de acuerdo con las normativas vigentes y su efectivización en relación a la temática.

Se debe mencionar que existe una fuerte presencia de la iglesia en la comunidad, que en contexto de crisis a través de su intervención social logra satisfacer necesidades de la población, tales como el alimento y a su vez imprime su ideología: “¡Dicen que los quieren juntar a nenas con nenes en una carpa para que se conozcan! ¡Está mal!” (Vecina, 45 años, al referirse a los planteos que le ha dicho la iglesia en relación a la ESI. Diario de campo. 25 de octubre de 2018).

Aparte de los mitos, tabús, y la falta de información respecto a la SS y los DSy(no)R. También en mínimas ocasiones se aprecian fallas humanas:

Yo me quedé embarazada con pastillas de lactancia, ahora vengo a ver la doctora porque ya tengo 3 y no quiero tener más. Uno tiene 6 años, otro 2 y la bebé de seis meses. Con el primero no me cuide, el segundo con la pastilla de la lactancia. No me dijeron que podía quedar embarazada y que la tenía que cambiar. (Vecina. Diario de campo. 13 de septiembre de 2018).

Estos hechos se plasmarán explícitamente por un profesional de la Salud en el siguiente capítulo, en donde menciona que el principal obstáculo de los derechos de las personas, es el cansancio de los efectores de la salud. Esto se debe a la alta demanda de los habitantes, y a todas las actividades desarrolladas por ellos, ya sea de forma profesional o implícitas de sus vidas cotidianas. (Dato obtenido a través de la observación participante. 2018).

### Capítulo III: Respecto a la Intervención pre-profesional: construyendo el objeto y estrategias de intervención desde el Trabajo social desde la Atención Primaria de la Salud

*Todos miran lo mismo, pero nadie observa igual.* Benjamín Griss.

En este capítulo se buscará dar cuenta del proceso de intervención en sí, pudiendo identificar algunas claves analíticas de la construcción del objeto de intervención, así como de las estrategias de intervención planteadas.

En un primer momento, resulta importante hacer hincapié en el qué de la intervención, es decir un análisis y precisión del objeto de intervención. En un segundo momento, se dará cuenta del proceso de elaboración de la estrategia de intervención situada en este Campo. En un tercer momento se abordará el campo en disputa de los DSy(no)R, IVE e ILE, los actores, sus posiciones y posicionamientos.

#### III.1- Definiendo y construyendo el objeto de intervención

En este marco, como punto de partida se recuperará teóricamente la categoría de objeto de intervención, para luego dar paso a la precisión, descripción y análisis de la construcción del objeto de intervención en esta práctica en particular.

El objeto de intervención del Trabajo Social, se sitúa en la delicada intersección entre los obstáculos o dificultades de los sectores subalternos para la reproducción cotidiana de su existencia, y los procesos de distribución secundaria del ingreso (entendidos estos en el sentido más amplio que el estatal). En palabras de Nora Aquín:

Trabajo Social interviene en los procesos de encuentro de los sujetos con los objetos de su necesidad, y en ese tránsito modifica las condiciones materiales, como así también las representaciones sociales y relaciones sociales cotidianas (familiares, grupales o comunitarias) y con otras instancias de la dinámica social (Aquín, 1995, p. 30).

Según Cazzaniga (1997), la intervención profesional surge a partir de una demanda social. El comprender esas demandas posibilita el poder reconstruir el objeto de

intervención, precisarlo y resignificarlo ya que el Trabajo Social como disciplina exige la construcción de su objeto, superando la noción de problema social del sentido común. Tal cual dice Iamamoto, se hace necesario definir el objeto de intervención a partir de las particularidades que asumen las contradicciones de la desigualdad en un territorio específico y con sujetos concretos:

Conocer la realidad es conocer el propio objeto de trabajo junto al cual se pretende inducir o impulsar un proceso de cambio (...). Entender las particularidades de las múltiples expresiones de la cuestión social en la historia de nuestra sociedad consiste en explicar los procesos sociales que las producen y reproducen (...) y comprender cómo influyen a los sujetos sociales que la vivencian en sus relaciones sociales cotidianas (Iamamoto, 2003, p. 81).

Retomando los aportes de Aquín (1995), es importante especificar que el objeto del Trabajo Social son las necesidades de los sujetos de derechos que demandan una solución específica a una problemática que se presenta como un obstáculo, percibido como tal, y que dificulta la reproducción cotidiana de la existencia. En este sentido, se hace necesario poder definir a las necesidades sociales en relación a sus dimensiones: material y no material, objetiva y subjetiva.

En cuanto a la dimensión material se retoma lo planteado por Aquín (1995), quien se apoya en los aportes de Heller, considera a los sujetos como seres genéricos, creadores de los objetos de sus necesidades y de los medios para satisfacerlas. Entendiendo que los sujetos están condicionados por la posición que ocupan en el espacio social, que les limita, les direcciona, les regula la creación de sus necesidades. Estas necesidades están desigualmente distribuidas según las posiciones que ellos ocupan en la organización social: clase, género, edad, etnia, determinan sus necesidades, o al menos sus límites.

En cuanto a la dimensión no material, las mismas se relacionan con las relaciones y las representaciones sociales. Las relaciones sociales son entendidas como el “vínculo elemental, primario y social que se establece con la articulación de los hombres entre sí y un ámbito donde se manifiestan las necesidades de los sujetos sociales y sus posibilidades de frustración o satisfacción” (Custo, 2009, p. 46).

Por otro lado, para Bourdieu (1999), el concepto de representación social ayuda a comprender cómo un grupo puede abandonar toda resistencia interna a la influencia de otro y adoptar una imagen de un opresor, reduciendo su capacidad de pensamiento reflexivo. El conjunto de representaciones de los sectores populares, al mismo tiempo que permite la orientación en el mundo, puede inhibir la elaboración de proyectos de transformación social, las representaciones sociales son vistas como sistemas clasificatorios de la realidad, que legitiman y preservan el orden social establecido.

Las representaciones sociales son fenómenos culturales que condicionan el reconocimiento colectivo de las necesidades, la selección de satisfactores y las prácticas culturales de la vida cotidiana de una comunidad, haciendo referencia a una visión socialmente compartida de la realidad circundante y al hecho que es determinada socialmente por las condiciones sociales, políticas y económicas que afectan de manera diferente a las personas.

En este marco, la disciplina del Trabajo Social no modifica necesidades ni satisfactores, sino que interviene en los procesos a través de los cuáles los sujetos intentan defender, mejorar o adaptar sus condiciones de vida a través de la demanda y de la búsqueda, en general, de satisfactores que a ello tiendan.

Así, el Trabajo Social en la construcción del objeto de intervención, tiene un lugar específico en la lucha por las necesidades que no se reduce sólo a la lucha en los procesos de asignación de recursos, sino que esta es el último eslabón de un proceso de lucha más complejo, que termina resolviéndose con la asignación de satisfactores. El Trabajo Social entonces, tiene un lugar específico en los tres momentos fundantes de la política de necesidades, donde la lucha simbólica en donde se juegan los recursos discursivos de los sujetos en la disputa por la legitimidad de las necesidades.

En este sentido, Bourdieu (1991) hace referencia al reconocimiento de la existencia de discursos que son hegemónicos, autorizados y sancionados oficialmente, y otros no hegemónicos, descalificados y descartados. Los discursos hegemónicos sobre necesidades están institucionalizados en los terrenos discursivos de los parlamentos, las academias, los medios de comunicación masiva. En cambio, los discursos subalternos sobre necesidades suelen estar insertos en contextos subculturales y normalmente son excluidos de los terrenos discursivos centrales.

Retomando los aportes de Fraser (1991) la interpretación de las necesidades se convierte en un Campo de disputa, en el diversos sectores parten de recursos (discursivos y no discursivos) desiguales, y compiten por establecer sus interpretaciones sobre las

necesidades sociales, como hegemónicas. Fraser explica: “Los grupos dominantes articulan sus interpretaciones con la intención de excluir, desarmar las contra-interpretaciones. Los grupos subordinados o de oposición articulan su interpretación de las necesidades con la intención de cuestionar, sustituir y/o modificar las interpretaciones dominantes”. (Fraser, 1991, p. 11).

Como se venía desarrollando, el Trabajo Social tiene un lugar específico en tres momentos fundantes de la política de necesidades, configurando así el objeto de intervención. Esos tres momentos son (Fraser, 1991; Aquín, 1996): 1- La lucha por establecer o por negar el estatuto público de una necesidad, la lucha por validar la necesidad como un asunto de legítima preocupación política o por clasificarlo como un tema no político; 2- La lucha por la interpretación de la necesidad, la lucha por el poder definirla y así determinar con qué satisfacerla; 3- La lucha por la satisfacción de la necesidad.

En este sentido se identifican diversos discursos (opositores, reprivatizadores, de expertos). En relación a los discursos opositores, es que se empieza a politizar y expandir la necesidad a diferentes públicos, proponiendo otra interpretación a romper con lo establecido para obtener el estatuto público de dicha necesidad.

Los discursos reprivatizadores en cambio, tratan de deslegitimar la interpretación de la necesidad de los discursos opositores. Por último, el discurso de los expertos, son los que se ponen en la agenda pública, exponiendo allí las interpretaciones e intervenciones en relación a las necesidades, ya que de acuerdo a cómo se nombre a algo, también se está modificando en el espacio lo que se nombra.

A partir de la conceptualización realizada sobre objeto de intervención, se pretende a continuación poder retomar dichas fundamentaciones teóricas, para dar cuenta de las particularidades que tuvo dicha construcción en esta práctica pre-profesional concreta. El objeto de intervención en estas prácticas se construye a partir de la identificación de *Conjunto de dificultades que vivenciaban las mujeres de Argüello IPV en el acceso a los DSy(no)R*.

En este marco, las dificultades expresadas responden a un orden material como a uno simbólico atravesado por la conceptualización de las representaciones sociales. En este sentido, las representaciones sociales que poseen las personas van a condicionar sus necesidades. Se constata a través de las entrevistas realizadas al equipo del Centro de Salud N° 57, que el 40 % de la comunidad decide la no utilización de los MAC y no es considerado por ellos un problema el acceso a los DSy(no)R.

De esta manera, se encuentra una relación entre el acceso de otros derechos sociales como derecho a la vivienda digna, a la educación, a la alimentación, a la salud, entre otros y el reconocimiento de los DSy(no)R, el cual pertenece a un derecho social de cuarta categoría.

Este hecho tiene que ver con su posición en el espacio social, es una comunidad que posee sus derechos vulnerados tal cual se expone y se desprende de las entrevistas realizadas a los profesionales y vecinos que afirman diversas situaciones de vulnerabilidad que padecen los vecinos como por ej.: (violencia de género, prostitución, explotación sexual de niñas y adolescentes, maltrato infantil, contaminación ambiental y la muerte de un bebé por no ser un Centro de Salud de 24 hs, entre otras).

Tomando lo expuesto por Aquín (2009), las estructuras de las necesidades y sus límites están determinados por el lugar que se ocupa socialmente. En ese sentido, Lechner (1986) plantea que en los desposeídos se produce una manipulación de las necesidades a nivel de la sobrevivencia física. Menciona que, a menor nivel de necesidad, más fácil su satisfacción; es una pseudo satisfacción, que se logra mediante la restricción drástica de las necesidades.

En este caso, pretendemos contribuir a establecer el estatus político de una necesidad (Fraser, 1991). Rabotnikof (2008) plantea que hacer algo público es parte de una lucha, es hacer visible una demanda, se produce la disputa por hacer visible o no cierta cuestión. De lo que se trata es de volver público a lo público, querer que lo público se trate públicamente, es sacarlo a la luz, hacerlo accesible, visible a todos. El hacer público algo, es con la idea de cristalizarlo en legislaciones que lo protejan; esto es poner en la agenda de gobierno el tema de la IVE en términos de Fraser.

Retomamos los aportes de Aquín (1995) al referenciar a Heller en el análisis clasificatorio de la estructura de las necesidades. En este sentido, la autora habla de *necesidades existenciales de sobrevivencia*, que son las necesidades mínimas que permiten la reproducción de las personas en el presente, no conteniendo los deseos, es decir que están ligadas con las carencias más imperiosas de las cuales depende la sobrevivencia, por ej.: una persona en situación de calle.

Por otro lado, las *necesidades necesarias propiamente dichas*, son aquellas cuya satisfacción apunta ya no sólo a la reproducción de la persona singular sino también a la reproducción social, y designan a aquellas necesidades que deben ser satisfechas para que los habitantes de una determinada sociedad accedan a una vida digna y den su consentimiento al orden social establecido. (Aquín, 1995).

Con relación a lo dicho anteriormente, se puede decir que las personas que asisten al Centro de Salud N° 57, poseen ciertas necesidades existenciales de sobrevivencia (el alimentarse el día a día, por ej.) y necesidades necesarias tales como: vivienda, servicios de infraestructura (agua, luz, recolección de basura, pavimentación), educación, salud, SS, trabajo, otros. En cuanto a los DSy(no)R son visualizados como una necesidad por el 60 % de la comunidad, siendo las mujeres quiénes más los demandan.

En relación a los DSy(no)R podemos mencionar las siguientes necesidades que poseen les habitantes del territorio. Por un lado, desde el nivel material, el acceso a los MAC (patillas anticonceptivas, pastillas de lactancia, inyecciones, DIU, preservativos, implantes subdérmicos, ligadura tubaria, pastillas anticonceptivas de emergencias); atención profesional (realización de Papanicolau, controles de embarazos, colocación de inyecciones, de DIU, testeo de ITS).

Por otro lado, desde la dimensión no material, se constituyen como necesidades, la búsqueda de información y asesoramiento (MAC, ITS, PAP); derivaciones a hospitales para la realización de la ligadura tubaria y vasectomía, entre otras. En este último marco, se ubica la IVE. Además, esta necesidad se ubica conceptualmente dentro de lo que Aquín llama las *necesidades radicales*, las cuales implican deseo consciente, intención dirigida hacia los satisfactores, no importa que se trate de una mercancía, un sentimiento, un modo de vida. Estas necesidades se desarrollan en el seno de una sociedad determinada, pero no pueden ser satisfechas dentro de ella por no ser incorporables al sistema de las necesidades de esa sociedad determinada.

Las necesidades radicales pueden motivar que las personas produzcan una formación social radicalmente diferente de la precedente, cuyo sistema de necesidades (radicalmente nuevo) se diferenciará cualitativamente de los pasados (Aquín, 1995). Ante tal demanda social, los efectores de salud, y particularmente el Centro de Salud N° 57 donde se inserta esta práctica, brindan un espacio de atención llamado *Consejería pre y post aborto*.

Retomando la construcción del objeto de intervención de estas prácticas y del Trabajo Social, se puede decir que nuestra disciplina interviene a nivel de las necesidades existenciales y necesidades necesarias; pero agregamos: el actual contexto nos lleva a intervenir también en las necesidades radicales como la IVE, para poder pensar en la ampliación de derechos en un Campo en disputa, como lo es el Campo de la Salud. Retomamos los enfoques de la intervención basados en los DDHH y considerando a la Salud como un Campo del cual también formamos parte.

De todo lo expuesto y en concordancia con el trabajo realizado en el Centro de Salud N° 57, de las entrevistas realizadas y de las observaciones sale a la luz que la construcción social del objeto de intervención se relaciona con las necesidades objetivas y subjetivas.

Para el 40% de la comunidad los DSy(no)R no son entendidos como una necesidad objetiva. De acuerdo a lo expuesto Max Neef (1986) quién retoma a los aportes de María Teresa Sirvent, quién plantea las necesidades colectivas e individuales. Entendiendo por necesidad subjetiva al estado de carencia percibido por los ciudadanos.

Por otro lado, las necesidades objetivas son aquellas necesidades de los sujetos que pueden ser determinadas independientemente de la relación que de ellas tengan los ciudadanos. A través de la función de los Trabajadores Sociales como educadores sociales, como concientizadores de derechos, se pretendió que se visibilicen y sean problematizadas por los ciudadanos los DSy(no)R como necesidades propias, entre otras necesidades.

A través de las entrevistas y registros del Diario de campo se puede establecer que la no visualización de necesidades en torno a los DSy(no)R se debe a que existen en la comunidad y las familias, grupos o personas problemas más urgentes, tales como la contaminación socio-ambiental, alimentarios, en contexto de crisis económica y social.

La prioridad está puesta en la resolución de necesidades alimentarias y otras urgencias de la vida cotidiana; no en su propia salud. En este sentido, se produce una estrategia de oportunidad ya que las mujeres de la comunidad recurren al Centro de Salud N°57 para obtener respuestas a estas necesidades, y los profesionales retoman esa demanda para brindar información sobre los DSy(no)R, MAC, cuidados de la anatomía de las personas y su Salud, etc. Ya que las mujeres por la feminización del cuidado están a cargo de la Salud de los miembros de sus familias.

### III.2- Elaboración de la estrategia de intervención

Definido ya el objeto de intervención, se hará ahora hincapié en las estrategias de intervención desarrolladas en esta práctica. Para iniciar, primero se conceptualizará que se entiende por *estrategias de intervención* desde el Trabajo Social.

Cazzaniga (1997), plantea que la intervención profesional es una construcción artificial de un espacio-tiempo, de un momento que se constituye desde la perspectiva de diferentes actores, aquellos que solicitan la intervención: instituciones, sujetos, individuales y colectivas, y desde el propio sujeto profesional.

Así, el Trabajo Social interviene en las condiciones de vida y en las circunstancias de interacción social en cuánto se presentan obstáculos para la producción y reproducción de los sujetos en su vida cotidiana, en palabras de Gattino (2005): “Intervenir es incidir intersubjetivamente de manera significativa en una compleja trama de prácticas, relaciones y representaciones sociales contenidas en cuestiones emergentes de estructuras caóticas, hacia nuevos órdenes, resemantizados desde nuevos lugares” (p. 65).

Siguiendo a González (2001), el concepto de estrategias de intervención se refiere a un conjunto teórico-metodológico que opera como una matriz orientadora tanto de la actuación profesional como del análisis, en ésta misma línea expresa que toda situación de intervención concentra una relación de poder ya que el profesional no sólo tiene una posición de clase, también pone en juego elecciones metodológicas y propuestas de resolución, la intervención se lleva a cabo desde posicionamientos más horizontales y comprensivos, teniendo en cuenta la importancia del *saber mutuo* en cuánto a poder acortar las distancias temporo-espaciales a través del intercambio de conocimientos.

Las estrategias de intervención operan como un conjunto de prácticas profesionales dirigidas a aportar en la resolución de situaciones problemáticas de los agentes sociales en la reproducción cotidiana de su existencia. En este marco, aparecen los procedimientos del Trabajo Social, que son entendidos como acciones y refieren a los modos de ejecutar un trabajo. Estos procedimientos según González (2001) son:

- Gestión: implica arbitrar los medios para la obtención, recreación o defensa de algún recurso. En un sentido más restrictivo, refiere a trámites conducentes al logro de un propósito, que sirve para atender a alguna necesidad.
- Co-gestión: supone que la administración de recursos económicos, culturales o sociales se realiza de manera conjunta entre los profesionales y los agentes portadores de necesidades.
- Promoción: implica impulsar la realización de acciones o la formación de determinados conocimientos y representaciones.
- Dilucidación: supone la problematización de una situación analizando las alternativas de acción y sus consecuencias respecto de las necesidades y su jerarquización,

de los recursos económicos, culturales y sociales de los agentes, etc. Se puede esclarecer una situación basándose en la idea de saber mutuo.

- Prevención: a través de ésta se anticipan las posibles consecuencias de una situación. Las actividades que se desarrollan tienden a promover la participación.

Teniendo en cuenta el objeto de intervención anteriormente esclarecido, se definió una estrategia ligada a los procedimientos de co-gestión, promoción, dilucidación y prevención, con el fin de problematizar, movilizar y hacer visible algunas cuestiones ligadas a los DSy(no)R de los habitantes en el Campo de la Salud.

La intervención se encuadró dentro de la estrategia de disminución de riesgos y daños, que vienen trabajando desde el Centro de Salud N° 57, desde sus distintos niveles de intervención, es decir el individual, el grupal, el familiar y la comunitaria; así como también en las dimensiones materiales y simbólicas de las necesidades de los sujetos del territorio, en particular de las mujeres y sus DSy(no)R.

El Trabajo Social desde sus funciones de educadores sociales y desde la promoción social a través de la intervención pre-profesional se pretendió contribuir en la adquisición de Capital Cultural de las personas, brindándoles información sobre los derechos que les corresponden, desde una perspectiva de DDHH, y accesibilizando el acceso a la información mediante un lenguaje que permita la comprensión y la apropiación de los mismos; el fortalecimiento de la ciudadanía, a partir de considerar a los vecinos que demandan como ciudadanos activos en el ejercicio de sus derechos y la vida digna

Se pretendió contribuir a la toma de decisiones autónomas sobre su reproducción y sexualidad, aportando información clara, científica, verdadera y necesaria para este proceso, específicamente en el asesoramiento sobre los DSy(no)R y particularmente sobre la IVE; la promoción del ejercicio y ampliación de derechos sexuales, que es por un lado un efecto y por otro una condición, para el ejercicio de otros derechos.

En el marco de lo anterior referido a la posición del Trabajo Social en el espacio institucional concreto, elaborar una estrategia de intervención desde la práctica pre-profesional, conlleva desafíos relacionados al juego de negociaciones y luchas presentes, que se definen y articulan por las posiciones que las personas ocupan en el Campo y por los Capitales que están en disputa.

La noción de estrategia nos permite buscar entrecruzamientos entre distintas racionalidades: individuales, colectivas, y las restricciones impuestas por el medio físico y social, político, económico. Las estrategias tienen un grado de racionalidad, un grado

de subjetividad, pero también cargan con las restricciones estructurales que juegan un papel en las elecciones de los actores.

En este marco, para el diagnóstico, la construcción del objeto de intervención y la elaboración de la estrategia, se utilizó como insumo la devolución de las compañeras tesisistas de la Carrera Lic. en T.S (2018), que realizaron su práctica de intervención pre-profesional en el año lectivo 2017, en la misma organización. Así, la elaboración de la estrategia tuvo en cuenta las demandas de la población referidas a: mayor privacidad en los espacios de atención; el poder aportar en reforzar los vínculos existentes entre la institución y la comunidad; la posibilidad de dar respuesta a las demandas espontáneas; y el trato respetuoso a las personas que demandan de dicha organización.

Por otro lado, a través de las observaciones registradas y entrevistas realizadas, se pudo profundizar en la necesidad de trato respetuoso y vinculación entre la institución y la comunidad. Un ej. de esto es las entrevistas realizadas a vecines y a profesionales del Centro de Salud N° 57, en donde existen valoraciones negativas sobre las representaciones de los actores en relación. En este sentido, una vecina refiere a la necesidad de buen trato de los administrativos. Por otro lado, profesionales refieren al cansancio y agotamiento que produce la atención masiva y sus efectos alienantes.

La estrategia de intervención concreta de esta práctica fue la creación y fortalecimiento del *Espacio de Asesoramiento y Difusión sobre Derechos Sexuales y (no) Reproductivos*.

Para poder intervenir, se elaboró en conjunto con las compañeras tesisistas y consensuado con el equipo de salud la creación de un espacio nuevo, una práctica instituyente, considerada necesaria por todos los miembros de la organización: *Espacio de Asesoramiento y Difusión sobre Derechos Sexuales y (no) Reproductivos*<sup>29</sup>, en el cual se valoró la participación de las personas que demandan al Centro de Salud N° 57, ya que era la primera vez que se realizaba una actividad de ésta índole en la sala de espera.

La participación en este espacio fue constante, ya que acudían personas en todo momento a la organización y que circulaban por la sala de espera. El lugar de la *sala de espera* era estratégico, ya que era grande, lo que permitía la circulación de un flujo numeroso de gente, y el diálogo con los vecines.

La intervención estaba dirigida a los ciudadanos en general y las consultas eran diversas. En las entrevistas, a los habitantes que demandaban a la organización les parecía

---

<sup>29</sup> Ver Anexo N° 10.

importante el espacio de asesoramiento, debido a que se presentaba como una interrupción de su cotidianeidad: irrupción del espacio público en el playón, no había otros espacios en el barrio que hablaban de sexualidad.

Con respecto al espacio, las personas que se acercaron al mismo se valoró como no *numerosa*, debido a que era un espacio nuevo, emergente, donde no hubo antecedentes previos y quiénes se acercaban lo hacían para aprovechar el tiempo *libre* (fuera de consulta profesional) mientras que esperaban a ser atendidos por los profesionales, por lo que se presenta como *estrategia de oportunidad* en el ámbito de la salud pública.

El espacio funcionaba en la sala de espera los días jueves de 10:30 a 13:30 hs. Se llevó el stand una vez a la entrada del Centro de Salud N° 57, nunca se pudo conseguir un consultorio para hablar con la gente sobre sus demandas y una vez se trasladó nuestro espacio de Consejería al playón del barrio dónde fue valorado cómo un gran logro para mí, ya que era uno de los objetivos del plan de trabajo que sí se pudo desarrollar, mediado por la intervención de la docente de Intervención Pre-profesional con la referente institucional.

Este espacio emergente creado a partir de la estrategia de intervención propuesta, tuvo como objetivos generales: 1) Promover los DSy(no)R de la comunidad que asistía como sujetos de derechos al Centro de Salud N° 57 de Argüello IPV; 2) Incidir en las representaciones sociales de la comunidad en torno a los DSy(no)R.

En relación a los objetivos específicos, los mismos se fueron: 1) Contribuir en la ampliación del Capital cultural mediante el brindar información y asesoramiento sobre tales derechos; 2) Aportar en la disminución de barreras subjetivas que dificultan el acceso y ejercicio de los DSy(no)R, a través de la problematización de la distribución diferencial de los roles de género, fomentando la responsabilidad compartida sobre el cuidado de la propia SS; 3) Generar actividades que se encuentren enmarcadas dentro de la promoción de la Salud y la prevención de las enfermedades de ITS, fomentando la adopción de conductas de autocuidado en las personas, entre ellas la realización de análisis y controles médicos.

A continuación, se intentará describir las diferentes actividades (así como sus temporalidades) realizadas en el proceso de la construcción de dicha estrategia de intervención.

- En enero del año 2018 se realizó el primer acercamiento a la institución mediante una entrevista realizada a la referente institucional. Mediante la misma se conoció a los habitantes, sus características, la organización, los integrantes de la organización, sus

proyectos, sus programas, sus líneas de acción, un poco de historia del Centro de Salud N° 57, el lugar de la disciplina en el organigrama, la forma de comunicación, de trabajo, y la posición de la profesional respecto a la temática, entre otras.

- En marzo, se realizaron reuniones con la referente institucional con el objetivo de conversar sobre la posibilidad emergente del traslado institucional de dicha profesional.

En estas instancias, se realizaban los acuerdos y posibles líneas de acción para las diversas actividades planificadas. Además, se realizó el Seminario Optativo: *El Acceso al Aborto Desde una Perspectiva de Derechos* hasta julio como parte de la formación de la Temática de la Intervención Pre-profesional. Dicha formación, aportó en varias dimensiones. Por un lado, permitió ampliar la conceptualización en torno al área temática de IVE, así como también la construcción de marcos referenciales de las Teorías de género y Feministas. Por otro lado, la propuesta académica tenía prácticas vivenciales lúdicas en relación a actividades para trabajar los DSy(no)R, las que sirvieron para la implementación de las estrategias de intervención en el Centro de Salud N° 57.

- En abril, se realizó una instancia de devolución del proceso de intervención pre-profesional de las estudiantes de T.S. del 2017 sobre SS y DSy(no)R, y en particular sobre IVE. Aquí se compartió la sistematización de las profesionales que realizan Consejería en pre y post aborto. Ambas actividades fueron realizadas frente a los efectores de salud el día 10 de abril. Estas exposiciones fueron cruciales para la etapa de diagnóstico, ya que planteaba las demandas de las mujeres al Centro de Salud N° 57, como así también las conclusiones del trabajo realizado las integrantes que trabajaban en Consejería pre y post aborto.

De esta instancia diagnóstica se pudo dar cuenta de la devolución de las compañeras tesisistas del ciclo lectivo 2017, que las demandas de los habitantes eran un trato más respetuoso, ampliación de horarios, barreras para el acceso a los turnos, no entendían el porqué de las asambleas (pensaban qué no les querían atender), atención rápida, que se aborde la violencia de género como problemática central (acceso a MAC a escondidas por control de los varones de las familias).

También se evaluó qué las respuestas en torno a la demanda de IVE era bien dividida: referentes barriales que acompañaban a las mujeres por consultas con la Consejería pre y post aborto y otras que no. Tampoco sabían mucho los vecinos que estaban trabajando en Consejerías pre y post aborto, debido al contexto de disputa de sentidos del momento en torno a la IVE.

En cuanto a los profesionales de la salud, todos tenían la obligación de hablar sobre IVE, no había negación a esto. Sin embargo, solo una parte de los efectores de salud se dedicaba exclusivamente a las Consejerías pre y post aborto, en donde participaban las disciplinas de medicina, psicología, enfermería y T.S.

Lo expuesto anteriormente permitió la elaboración de la estrategia de intervención pre-profesional y los acuerdos para desarrollar la misma entre todos los actores institucionales.

Por otro lado, se realizaron reuniones de profesionales (Efectoras de la salud, personal de la radio, estudiante de T.S) en la Escuela Primaria Hugo Leonelli y en la DAPS; desde las cuales se nos invitó a participar de actividades puntuales del Centro de Salud N° 57 como la radio comunitaria Rimbombante, el Programa *Mujeres con Todo al Aire*; Comisión de Radio y Mesa de Organizaciones.

Durante este mes también se realizaron supervisiones con respecto al instrumento de entrevista a desplegar en la inserción, así como acuerdos y propuestas sobre posible estrategia de intervención. En este marco, y a partir de dichas actividades, se participó del primer encuentro de la Cátedra de Intervención Pre-profesional.

A partir de estos encuentros a través de la observación participante conocimos a otros actores comunitarios que trabajan en conjunto con el Centro de Salud N° 57, lo cual permitió una mayor aproximación para el diagnóstico.

En este mes, también se participó de un taller de ESI realizado en el Jardín Maternal Garabatos en donde se realizaron dos actividades (obras de teatro) para los tutores y los niños. De estos talleres participaron 23 mujeres y 2 hombres. El lugar de estudiante, me ubicó como observadora participante en dicha actividad.

Aquí se profundizó en cómo se abordaba la ESI y se problematizó la violencia de género con la participación de los adultos. Dicho espacio nos permitió replantearnos a los sujetos destinatarios de la intervención pre-profesional, concluyendo que sería la comunidad toda, ya que se observó que la mayoría de los adultos eran mujeres, y la importancia de incluir a los niños, adolescentes hombres como sujetos de derechos.

Otra de las actividades fundamentales en este mes fue el primer encuentro con el docente Orientador de la temática, desde la cual se realizaron sugerencias de lecturas, comunicación del proceso y actividades posibles, sugerencias.

- En Mayo, se participó de una reunión del Encuentro de Organizaciones, lo que permitió una aproximación a las representaciones y prácticas de participación de las vecinas. En torno a la participación, se valora que eran siempre las mismas vecinas las

que están en todas las líneas de acción y monopolizan el poder en comparación de otros vecinos por su trayectoria de participación en el Centro de Salud N° 57.

Eran ellas las que participaban realmente en los problemas sociales y en la definición y resolución de sus necesidades (no se mencionó en ningún momento los DSy(no)R). Esto se evidencia en el caso particular del mega operativo policial dentro de un contexto de razias tal como lo fue el mismo día en Villa la Maternidad y otros barrios populares, siendo políticas de *seguridad* del Estado Provincial, formando también parte del diagnóstico y de las características de la comunidad:

El otro día seguro que ustedes estuvieron al tanto. Un mega operativo policial con sus distintas fuerzas (...) Llegaron a un lugar (...) ostentando (...) mucha fuerza, con armas (...) Entonces, tenemos que trabajar de alguna forma. Que podemos trabajar, (...), esto: Poder aportar hacia la comunidad de, (...) desnaturalizar una situación (...) de agresión sobre un grupo que se estigmatiza. (...) Brinda mucha más seguridad tener iluminado a un barrio y no hay iluminación, porque no hay infraestructura. (...), es mucho más seguro que las calles sean asfaltadas y no de tierra o si son de tierra (...) desarrollar un mantenimiento para que si llueve no se llene de barro, ni siquiera pueden pasar ni caminando. Eso también brinda seguridad. (...) Y el sólo hecho, hay chicos jóvenes, adolescentes que no conocen los shoppings, porque no pueden entrar a los shoppings. No, no es que uno lo dice y parece que es imposible. No entran, porque no los dejan entrar, porque cuando entraron ya los ven sospechosamente. Entonces, las personas de seguridad. (...) o los policías los arrinconan y le piden documentos. Entonces, los chicos están cansados de vivir esa situación. (...), dicen: “No voy nunca más a un shopping”. (...) Por la portación de rostro. (...) Y no van, y no conocen. No conocen el Patio Olmos. No conocen el Nuevo Centro Shopping. (...) Las 3 entre calles principales si se quiere de acceso e ingreso al barrio (...) ahí hay policías controlando. (...) yo: “Solamente puede acceder a una moto, para ir a trabajar y que trabajó solamente en la construcción, por ende, voy a andar

siempre con ropa sucia, he...me van a parar”. Entonces, hay gente que ni siquiera quiere: “No. No quiero salir porque me van a estar parando y no quiero volver a pasarme”; “Me palpan”; “Me hacen abrir el brazo”. Y no salen. Es terrible lo que viven. (E. N° 2).

Subieron los policías arriba del colectivo...Paraban los autos, paraban las motos...Mucha gente a favor y muchos asustados...Yo sentí que hice algo malo, porque miran a todos iguales (...) dos jóvenes detenidos a la mañana que no llegaron al trabajo (...) andaban haciendo reconocimiento del lugar, pasan móviles ¿Cómo antes no pasaba ninguno? Ya nos pasó una vez, pero era época de los militares.

Mira, así como decíamos las facetas de la salud atraviesan toda la vida de una persona y también tiene que ver esto de la seguridad. La seguridad tiene que estar, el tema es la forma que se realiza la seguridad. Si vos venís y ya es un barrio estigmatizado, mostrando las armas imponiendo esa autoridad porque yo soy policía y vos sos el que está abajo. (...) El Centro de Salud hizo una nota con respecto a esa situación para las organizaciones de la Agenda del IPV, de las organizaciones sociales y barriales. Esa nota describía la situación, dónde no se pone en contra de la policía, ni del operativo para generar seguridad para las personas que viven en la zona, sino la forma en que se había realizado. (...) no sé cómo llamarlo, digamos es complicado llamarlo como una razia, (...) se utilizaba en la época de los militares, no quiero ser extremista en ese sentido, pero si la forma en que se ingresó a algunas casas donde se pedía los documentos de los adolescentes o esto de lo que hablábamos hace un rato de portación de rostro de vestimenta y demás. (...) Entonces, el Centro de Salud hace esta nota y fue que por alguna situación llegó a los medios, y los medios interpretaron que estábamos en contra de la seguridad. (...) Está bien la seguridad,

pero no está bien la forma. (...) No es la forma porque genera angustia. (E. N° 4).

También se realizó la entrega de convenio a la organización para desarrollar las prácticas pre-profesionales. En este mes, también se mantuvo un encuentro con las participantes de la Radio Rimbombante sobre los problemas técnico-operativos y administrativos del funcionamiento de la radio. Se rompió la computadora y no podían transmitir sus contenidos. Siendo uno de ellos, el Programa *Mujeres con Todo al Aire*.

En este mes, desde el espacio de supervisión de la asignatura Intervención Pre-profesional, se realizó el diseño y planificación de entrevistas, actividades y el diseño de estrategia de intervención.

Las entrevistas fueron diseñadas en consenso por las 3 integrantes de la grupa, luego fueron supervisadas por la referente institucional, luego de su buen visto, se definió entrevistar a la referente institucional, y a otros efectores de la salud. A las miembros del equipo de Consejería pre y post aborto no fue concedido por la referente institucional.

Las entrevistas fueron realizadas con el fin de conocer: a la organización, el organigrama, los roles y funciones de los miembros de la organización, concepciones de Salud, de SS, SSRR, DDSS, DSyR, DSy(no)R e IVE, concepciones de sujetos, características de la comunidad, las necesidades y las demandas de la comunidad, entre otras.

Durante el transcurso de mayo, se implementaron los instrumentos de entrevistas planificados a los profesionales del C. Las entrevistas arrojaron resultados como que la comunidad tiene sus derechos vulnerados, que el Cent. atiende a una población de una ciudad, sin los recursos, en todos los sentidos, para brindar la atención adecuada ante tantas demandas recibidas. La estrategia definida otorgaba más recursos humanos y técnicos a la organización.

- En el mes de junio, a partir de la producción de un informe solicitado por la Cátedra de Intervención Pre-profesional, se realizaron evaluaciones y revisiones de dificultades en la intervención, así como acuerdos necesarios para continuar la práctica. A finales de este mes se produce la separación del equipo.

- En el mes de julio, a partir de la planificación conjunta con la referente institucional del Cent., se acordó realizar un mes de capacitación continua para proyectar la implementación de la estrategia de intervención vinculada a la apertura del Espacio de Asesoramiento y Difusión de los DSy(no)R.

Por otro lado, se realizaron formaciones en torno a consejerías en derechos sexuales y aborto desde una perspectiva de derechos.

También se elaboró folletería<sup>30</sup> para entregar en la sala de espera y repartir a la comunidad. Esta folletería, pretendía promover los servicios del Cent., contenía los horarios de atención de para retirar MAC; promovía controles ginecológicos como el PAP, ITS; Información sobre la IVE; y el espacio de intervención pre-profesional.

Repartí la folletería por la comunidad explicando a los mismos, y el espacio de la estrategia. No hubo una gran recepción de los mismos por parte de la comunidad, lo digo porque nadie se acercó al Cent. con un folleto, sino que iban a las consultas médicas y retirar alimentos como leche: no todes, algunes si venían por MAC.

Por otro lado, se intentó ampliar la base de recursos para la difusión, en ese marco se solicitó y retiró folletería en el Hospital Misericordia, en el Polo de la Mujer, en el Ministerio de educación (manuales de ESI); así como también recursos para el real acceso a los DSy(no)R como lo fueron: kits de MAC, preservativos en la SAE (UNC). Nos comunicamos con estas organizaciones mediante notas en papel formato selladas por la docente de la Cátedra de Intervención Pre-profesional y mails, favoreciendo el incremento de recursos en el Centro de Salud N° 57.

Por parte de la SAE, se nos ofreció ir a la comunidad a dar talleres respecto a la temática, la misma no fue aprobada por la referente institucional.

Por otro lado, en este mes se participó en reunión de delegades del Consejo se Jóvenes de Argüello. En el marco de esta participación, se planificó en conjunto del encuentro en el Parque Educativo Noroeste para trabajar la temática de *Violencia Institucional y Abuso Policial*.

En este encuentro, les jóvenes se reunieron en grupo con consignas y un texto como disparador de la discusión. Después de este momento, se buscó la socialización de lo discutido a partir de la representación de esas ideas mediante herramientas de teatro, de música o audiovisuales.

En esta instancia se problematizó el abuso policial y se pensaron estrategias colectivas para la problematización y la acción frente a esas situaciones de vulneraciones. Cabe aclarar, qué este espacio de participación, también implicó pensarse como un espacio de disfrute y recreación para les jóvenes

---

<sup>30</sup> Ver Anexo N° 11.

Si bien en las votaciones de delegades sobre los DSy(no)R se presentó como el segundo tema que les interesaba tratar, la violencia institucional, el maltrato policial era de mayor interés y la demanda giraba en torno a información sobre ella, los derechos de los jóvenes, el Código de Faltas, el gatillo fácil, es por ello que se abandonó esa línea de acción; supervisión con la Cátedra de Intervención Pre-profesional; por último, a fines de julio se realizó la presentación de la estrategia al equipo de salud.

- En el mes de agosto, se realizó el Seminario Optativo: *Intervención Pre-Profesional en las Consejerías de Salud Sexual y (no) Reproductiva*, en el marco del plan de trabajo con orientación temática.

En el Centro de Salud N° 57, se comenzó con la implementación de la estrategia de intervención a partir de la repartición de folletos e intervenciones en la sala de espera de la organización.

Esta intervención estuvo planificada y ordenada a partir de diferentes ejes temáticos y tiempos que fueron: 1) DSy(no)R (1° y 2° semana de agosto); 2) Derechos de los niños y adolescentes (3° y 4° semana de agosto).

Se elaboraron afiches sobre las temáticas y se utilizó el proyector en la sala de espera, para la Campaña de los Derechos de los niños se adornó con globos y dibujos y se regalaron chupetines que tenían la leyenda: *El niño refleja lo que vive ¡Cuidalo! Contiene sueños*. Se pretendía que los niños dibujaran, pero no lo hicieron porque no querían. Se realizaron dos afiches y un cartel: Los afiches eran gráficos, y frases destinadas a la prevención de abuso sexual infantil y desnaturalización de roles de género: *Los colores y juguetes no tienen género*.

- En el mes de septiembre, se realizaron distintas instancias de supervisión con la docente de la Cátedra Intervención Pre-profesional así como reuniones con referente institucional para establecer nuevas líneas de trabajo.

También se participó de una exposición en la DAPS, en la cual expusieron varies profesionales de la salud de diversos centros de salud, donde se abordaron diferentes temáticas como los niños trans, los derechos de los ciudadanos, críticas a las praxis existentes, etc.

Por otro lado, en el mismo mes se desarrolló otro eje de trabajo en el dispositivo creado del *Espacio de Asesoramiento y Difusión de Derechos Sexuales y (no) Reproductivos*: 3) MAC (1° y 2° semana de septiembre) y 4) Infecciones de Transmisión Sexual y la importancia del preservativo (3° y 4° semana).

En el marco de la estrategia de intervención, además en este mes se realizaron otras actividades como el reparto de folletería en la comunidad, así como la derivación de *pacientes* que nos consultaban, a les profesionales correspondientes.

En este sentido, también se logró la inscripción de una mujer al Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable y se colocaron dispensers de preservativos, a partir de la valoración de qué en la mesa de entrada había uno siempre vacío: “Pongo pocos, porque los chicos vienen y se los llevan para jugar, y después los ves todos tirados en el baño”. (Nunca se observó tal cosa). (Diario de campo. 01 de octubre de 2018).

- En el mes de octubre, se avanzó en el desarrollo de otro eje temático 5) IVE: proyecto de Ley ILE, así como también aproximaciones de Género y Diversidad Sexual. Otra decisión significativa en la implementación de la estrategia de intervención, fue el qué se salió por única vez fuera de las paredes del Centro de Salud N° 57, instalándose el espacio en el playón del barrio a partir de un stand de consejerías. Esto es valorado como un gran logro, ya que estaba programado en el Plan de Trabajo y había sido denegado en varias ocasiones hasta que intervino la docente de Intervención Pre-Profesional.

- En noviembre se implementó la estrategia en torno a otro eje temático 6) Violencia de Género. En este marco, se elaboraron afiches y se realizó una intervención con carteles de casos de femicidios con la información correspondiente a cada caso; se realizó bolsas de basura simulando la forma en que les feminicidas descartan a las mujeres, generando gran repercusión en las personas que participaron, visibilizando la problemática.

- En diciembre, se continuó con una actividad de cierre, qué fueron en relación a otras instituciones: El único taller de ESI que realizamos disciplinariamente, destinado a jóvenes que jugaban fútbol, realizado en el Jardín Garabato. Se esperaba la presencia de 17 jóvenes de 9 a 13 años. Nos acompañó la Lic. en T.S del jardín que lleva a cabo la ESI con les niñas y tutores.

En esta instancia, los temas trabajados fueron: Derechos, cambios corporales, cuidado del cuerpo y cuidado del otre, género, estereotipos de género, prevención de abuso sexual. Al encuentro acudieron 4 jóvenes de 11 a 13 años, acompañados del docente de gimnasia.

Una primera instancia fue de presentación a través de la dinámica del pase de la pelota. Luego se consultó “¿Por qué nos reunimos hoy? Si pensaban que era importante: ¿Qué es la ESI? ¿Tuvieron ESI en la escuela? Acto seguido, se hizo una ronda sentados en sillas y se realizó el juego del derecho, en dónde se mencionaron los derechos propios

y los de les compañeres: “Yo tengo derecho a ... y él/ella tiene derecho a...”. El objetivo del juego era visibilizar y conocer nuestros derechos. La mayoría de los chicos sólo nombró y repitió el derecho a jugar, sólo una vez se mencionó el derecho “a andar”; “a la alimentación”; y “a la identidad” (se hizo dos veces la ronda de derechos).

Después, ya de pie se corrieron las sillas, en el lugar se debía avanzar un paso adelante si la respuesta a una afirmación caso contrario se mantenía la posición, luego de no poder avanzar más (nos chocábamos en el centro). Así, que se decidió hacer un paso atrás en caso que la respuesta fuera negativa, y una compañera propuso que se circule para que la dinámica fuera más divertida.

Las frases referían a: la ESI en las escuelas, los juegos y su relación con los estereotipos de género, vínculos entre los géneros, socialización diferencial de género, cuidados, diversos tipos de familias, violencias y discriminación, sexualidad en los hogares, cambios corporales, entre otras.

Esta actividad, continuó con la transmisión de audiovisuales seleccionados, se buscaba promover: ¿Qué es ESI?; cambios en el cuerpo; ¿Qué es la menstruación?; sueños húmedos; cambios emocionales, psicológicos; las leyes que protegen los derechos; diversidad; discriminación y violencia de género.

Para finalizar se procedió a una reflexión grupal en ronda (sentados, no querían escribir los afiches), en dónde les jóvenes preguntaban, contaban experiencias, cuestionaban: “¿Por qué siempre se habla de machismo y no feminismo?” (Diario de campo. 2018).

De acuerdo a la evaluación de participación en esta instancia, la misma fue enriquecedora ya que por primera vez se realizó este tipo de actividad con la comunidad, en la misma se pudieron compartir saberes mutuos, entre profesionales, estudiantes y les sujetos. Cabe aclarar que sólo acudieron 4 jóvenes, 2 eran familiares del docente (hije y sobrina).

Se pueden analizar varios aspectos del mismo, como por ej.: la no presencia de adolescentes menores de 11 años de edad (les tutores no les dieron autorización para participar); la cantidad de chiques que iban a ir y fueron en realidad, siendo que el día lunes 10 se realizó un taller de nutrición con les mismos jóvenes y acudieron entre 12 y 15; qué quién más conocimiento tenía era quién más participaba (hablaba y cuestionaba) y era quién había tenido ESI (estaba en segundo año de secundaria); que ningune de les chiques ni el docente avanzó un paso ante la pregunta: ¿Familia es? Mamá- papá/ mamá- mamá/ papá- papá.; ni ante: ¿En sus casas hablan de sexualidad?

Se cerró el taller agradeciendo a los participantes y se les regaló manuales de ESI, para que se informen ellos y lo compartan con sus familias. Los sujetos de intervención fueron adolescentes de 11 a 15 años de edad.

De acuerdo a la disciplina del Trabajo Social en el Campo de la Salud como Campo de posiciones e intereses en disputa, a continuación, se analizará el conjunto de dificultades que tuvo la implementación de la estrategia de intervención en particular y el proceso de prácticas en general:

Respecto a lo anteriormente expuesto, Ranciere, expresa que “(...) los desacuerdos lejos de convertirse en un problema, hablan de la voluntad por argumentar posiciones diferentes, de criticidad, de rigurosidad y de la politicidad de un campo”. (Cazzaniga, 2015, p. 74).

Si bien es cierto que casi todas las profesiones deben debatir permanentemente nuevos problemas y situaciones, ésta es una disciplina que cómo ninguna otra en las CSSS precisa revisar-les y revisar-se. Este constante proceso de cuestionamiento, produce quejas en los efectores de salud.

Ese desgaste fue una dificultad que persistió hasta el cierre de las prácticas por parte de la referente institucional. Mediante la queja constante se pudo apreciar su malestar con las estudiantes de quinto año de T.S. Así como también, la insinuación de que nosotras elegimos a la docente a cargo de la Intervención Pre-Profesional. Tampoco le gustó la elección del profesor Orientador de la tesina.

Se entiende que trabaja en muchos proyectos, que tiene vida propia y un hijo por criar. Que recibe estudiantes desde tercer a quinto año de la Carrera Lic. en T.S, pero ese agotamiento influyó en su posición y posicionamiento a la hora de intervenir.

Entre sus principales denuncias se encontraban: la poca frecuencia de las estudiantes en terreno, siendo que nunca faltó y desde mi persona se le pidió en repetidas ocasiones ir otro día más al espacio de intervención en sala de espera, desde junio se le planteó ir los viernes a la tarde, lo cual fue sugerido por los efectores de la salud según las entrevistas realizadas, ante este hecho la referente no accedió porque no era su horario de trabajo; la recriminación por no presenciar la exposición de la DAPS, al que yo asistí.

Éste malestar casi permanente se debe también al escaso recurso humano del Centro de Salud N° 57: “Nuestros discursos y prácticas son contradictorios en un montón de aspectos”.

Con respecto al tiempo y el espacio físico fueron otros obstáculos para la elaboración e implementación de la estrategia: “Sí. Acá todo los cuatro por lo cual es un desastre total hay veces que necesitamos abordar con más privacidad y nos venimos para acá, pero ustedes vieron lo que es mucho, no se puede conversar”. (E. N° 4).

Se tuvieron varias dificultades al desarrollar la estrategia de intervención por parte de la referente institucional hasta el cierre de las prácticas no así con los otros miembros del equipo de salud. En cuanto a la elaboración de la estrategia se realizó consulta con el equipo de salud con respecto a la importancia de abrir un espacio de difusión y asesoramiento en SSRRy(no)R en la sala de espera, con el objetivo de brindar Consejería a cargo de las estudiantes.

La propuesta fue presentada, previamente consultada, ante el equipo de salud involucrado, obteniéndose una respuesta favorable. Los efectores de salud consideraban que era un espacio a explotar y en dónde se podían aprovechar las oportunidades perdidas<sup>31</sup>. Consideramos en la estrategia de intervención la necesidad de que las personas puedan problematizar la Salud, la SS y sus DSy(no)R, ya que el hacer profesional implica una doble hermenéutica.

Se trata de una aproximación al universo simbólico de los sujetos para poder acceder a la comprensión de sus representaciones en torno a ellos y al mundo circundante.

Nuestra profesión se define fundamentalmente en el terreno de la intervención. La lógica de la intervención responde a la necesidad de modificar, de transformar, de restituir, de cambiar, y a diferencia de la investigación, su eje no está centrado en el espacio racional, sino que contiene a lo racional como mediación. Pero sin la mediación teórica, la intervención (...) se torna indiscriminada. (Aquín, 1999).

Se procedió a la planificación de un cronograma consensuado (referente institucional y estudiantes) con temas a desarrollar por meses que se fue modificando en el transcurso de las prácticas. En varias intervenciones se utilizó el proyector, herramienta que más facilidades brindaba a la gente para que se informaran, ya que no todos se acercaban al stand, pero todos se interiorizaban con los cortos transmitidos, éstos eran seleccionados por las estudiantes y supervisados por la referente institucional.

En cuanto a la interacción con los sujetos de derecho, durante los meses de abril a julio, hubo una aproximación insuficiente, etapa de diagnóstico y elaboración de las

---

<sup>31</sup> “El término se utiliza en la jerga de la salud pública y hace referencia al aprovechamiento, durante contactos con la población, de ocasiones para atender otras cuestiones no demandadas y brindar mensajes preventivos y promocionales”. (Nirenberg, Brawerman y Ruiz, 2003. p. 36).

estrategias de intervención. El diagnóstico fue elaborado en base a las entrevistas formuladas al equipo de salud, a observaciones y análisis de la devolución de las tesis del año anterior. Si bien se observó a las personas, no hubo un gran acercamiento para definirlos, conocer sus intereses, representaciones. Por ello, se plantearon otras estrategias como: participar con un stand informativo en las ferias realizada en la plaza los días sábados; atender la demanda en mesa de entrada un día a la semana; participar en el testeo de ITS; entre otras, a fin de una mayor aproximación con los sujetos. Ninguna de estas estrategias fue aprobada por la referente institucional.

### III. 3- Actores Sociales. Posiciones y posicionamientos en relación al Campo de la Salud, la SS, los DSy(no)R y la IVE

En el Campo en disputa a saber: la Salud, la SS, los DSy(no)R y la IVE, existen múltiples actores con distintos Capitales, con distintas posiciones en el espacio social dependiendo del Volumen del Capital que posee cada persona y diversos intereses en cuánto al Capital en juego, realizan sus jugadas a favor o en contra de los DSy(no)R e IVE.

Los actores sociales se entrecruzan en sus diferentes discursos científicos, ideológicos y culturales en relación a la problemática del aborto. Los agentes sociales se definen por sus posiciones a partir de la distribución del *poder* -Capitales- en el Campo social.

La IVE se instaló en la agenda de la sociedad civil, luego ingresó en la agenda de gobierno (2018), donde determinados actores instalaron el tema a través de sus recursos y el Estado decidió tratarlo y no fue aprobado.

Actualmente, sigue en la agenda pública en donde actores (de- en- -potenciales) como el movimiento feminista, partidos políticos (coaliciones políticas), comunidad médica conformaron un entramado de intereses, las universidades, organismos internacionales, otros, desarrollan intervenciones para que ingrese nuevamente en la agenda de gobierno. Los actores sociales involucrados en el Campo en disputa son:

El Estado como conjunto de instituciones y organizaciones, tiene el poder de crear políticas públicas de acuerdo a la cuestión social en un determinado contexto histórico, económico, político, cultural y social, debe garantizar la satisfacción de las necesidades de la comunidad para la reproducción cotidiana de su existencia.

El Estado Nacional a través de las reglas formales: CPN art. N° 86. Inc. 1° y 2°; Ley N° 25.673. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, aprobada en 2002, es responsable de garantizar la SS, los DSy(no)R, dentro de sus objetivos podemos mencionar el de prevenir embarazos no deseados, más allá de esta Normativa el Senado de la Nación en el año 2018, rechazó el proyecto de ley de IVE<sup>32</sup>.

En relación a las políticas públicas de salud y la creación de Programas de Derechos Sexuales y Reproductivos (2002 en adelante) han permitido la promoción y prevención de la Salud y derechos dentro de las instituciones (hospitales y centros de salud). En los últimos años los recursos se encuentran limitados debido al recorte presupuestario que se ha producido en la Secretaría (antes Ministerio) de Salud, limitando así a las personas a decidir con qué MAC cuidarse.

El movimiento transfeminista tiene un rol importante en el apoyo de propuestas legislativas en cuanto al acceso de la comunidad a servicios de Salud Reproductiva y en la promoción del debate público sobre los DSy(no)R e IVE. Tales como Las Socorristas en Red, que son activistas feministas que armaron *Socorro Rosa*, las cuales se encuentran en distintas provincias de Argentina, articulándose con otros organismos para pasar información y acompañar a personas gestantes que deciden abortar, para que lo hagan de manera segura, acompañadas y cuidadas.

Organismos internacionales que emiten al Estado Nacional recomendaciones, sugerencias tales como la OMS y la ONU<sup>33</sup>: El Grupo de Trabajo de la ONU sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica envió una carta al gobierno en la que expresó su apoyo al Proyecto de Ley que legaliza el aborto, un día antes de que la Cámara de Diputados le diera media sanción.

La Iglesia Católica y otras iglesias, históricamente han sido opositoras del aborto, de que las personas gestantes decidan sobre sus cuerpos y vidas. Las presiones de este sector conservador han condicionado los términos en los cuáles el debate social se estructura en las negociaciones que se llevan a cabo en el Congreso, cuando se trata una propuesta legislativa determinada.

Esto también sucede en el Campo judicial mediante la promoción de amparos tendientes a impedir la implementación de políticas públicas relativas a la Salud y los

---

<sup>32</sup> El Proyecto de Ley IVE en Argentina fue elaborado por la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito en el año 2006. En el 2018 fue la primera vez que fue tratado en el Congreso Nacional y rechazado. Fue aprobado en la Cámara de Diputados (129 votos a favor, 125 en contra), pero rechazado en el Senado (38 senadores en contra y 31 a favor). 2021.

<sup>33</sup> Ver Anexo N° 12.

DSy(no)R, tanto a nivel nacional como provincial. En tanto en la Provincia de Córdoba el Protocolo de ILE se encuentra suspendido<sup>34</sup> en forma provisoria (desde hace 6 años), debido al amparo promovido por el Portal de Belén: “La demandante, la ONG Portal de Belén, busca que (...) en ningún caso, incluso cuando la continuación del embarazo resulte en muerte, pueda acceder a una práctica de manera segura, a pesar de estar autorizada por Ley”. (Allende, Domínguez y Jara. 2017).

De esta manera, el Protocolo ILE, solamente se implementa en la Maternidad Nacional, y en *Centros de salud amigables*, tal es el caso del C., dónde algunos de los efectores de la salud forman parte de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir.

A partir del fallo F.A.L les profesionales de la salud establecieron Consejerías pre y post aborto<sup>35</sup>.

La comunidad médica ejerce un papel central en el debate público sobre temas vinculados con la reproducción humana. Son mediadores entre las decisiones de los habitantes sobre cuestiones reproductivas y las políticas de salud del Estado. En Argentina, la comunidad profesional ha tenido poca acción, tanto en los debates sociales como en el diseño de normativas. Pero a su vez, existe la grupa la *Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir* que llevan a delante Consejerías pre y post aborto a lo largo y ancho del País.

Las organizaciones de la sociedad civil también son actores, en cuánto inciden en los procesos, pudiendo ser partidos políticos, entre otros.

Con respecto a las posiciones y posicionamientos de los efectores de salud del Cent., se puede decir que todos los integrantes del equipo de salud realizan intervenciones con respecto a las Consejerías pre y post aborto, cada cual lo hace según su posicionamiento y la posición que ocupa en el Campo en disputa con respecto al tema, el grado de interés, su trayectoria de vida y las representaciones sociales que poseen. También esas posiciones son atravesadas por la concepción que tienen de: sujeto, de la Salud, SS, DSy(no)R y la IVE:

---

<sup>34</sup> El 19 de diciembre de 2018 el Tribunal Superior de Justicia de Córdoba restableció la vigencia del Protocolo de ANP, que se aplica en los casos de ILE, que había sido suspendido a días de entrar en vigencia en el año por una acción de amparo interpuesta por una ONG religiosa. El Protocolo ILE, que se aplica en los casos de violación o de peligro de vida para la mujer, fue confirmado en tercera instancia por el Máximo Tribunal Cordobés por 4 votos contra 3. El Protocolo ILE, entró en vigencia una vez concluidas las prácticas pre-profesionales, cuyo cierre fue el 13 de diciembre de 2018.

<sup>35</sup> En esa Red en el 2017 contaba con 400 profesionales de la salud. En el 2018 son más de mil en todo el país.

(...) dentro de los 98 centros (...) tenemos contabilizados que los que estamos trabajando en esto son veinte centros. (...) de estos veinte centros, hay cómo personas individuales que lo hacen digamos, no es que todo el equipo (...), todo el equipo sabe que en ese centro se hace, está bueno porque nadie queda a la deriva o se lo mandas al compañero que sabes que hace la Consejería. (Allende, Domínguez, Jara. 2017).

Sólo 3 tres profesionales de diferentes disciplinas de entre 18 miembros del Cent. llevan a cabo el Espacio de Consejerías pre y post aborto a fondo a comparación de las demás disciplinas. Nuestra disciplina ocupa el cuarto lugar en el año 2017 con 1 acompañamiento y 0 acompañamiento en el año 2018.

“No hacemos abortos, sino que brindamos información, escucha y asesoramiento a quién decide interrumpir un embarazo, y nos ocupamos (...) del control posterior (...) para la planificar un método anticonceptivo” (Allende, Domínguez, Jara. 2017).

Según los efectores de la salud del Cent. que trabajan con las Consejerías pre y post aborto desde el 2011 afirman:

Seguimos las recomendaciones de la OMS y nos guiamos por el Protocolo del Ministerio de Salud de la Nación para informar cómo hacer un aborto de forma segura, cuáles son los riesgos y los cuidados (...) Se informa y entrega el método anticonceptivo que la paciente elija. (Allende, Domínguez, Jara. 2017. Seminario de Diseño de Estrategias de Intervención Profesional. Interrupción Voluntaria de Embarazo. Entrevista a efectora de la salud. Entrevistadora: Jara. La entrevista se realizó el 9 de febrero de 2017, en el Centro de Salud N° 57).

Los tres efectores de la salud que integran desde el 2015 la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir comunican que: “Estamos en contacto permanente

con los integrantes de otras provincias, y hacemos consultas y capacitaciones también con abogadas, es un trabajo colectivo de varios años que ha logrado que muchos profesionales hayan empezado a animarse”. (Allende, Domínguez, Jara. 2017).

Efectora de la salud: “Celebramos que este debate por la legalización ha permitido cierta *despenalización social*. Es la única profesional de su disciplina en el Centr, y ante sus múltiples tareas también lleva a cabo el Espacio de Consejería pre y post aborto. Disciplina que acompañó en el año 2017 a 27 personas gestantes; en el 2018 fueron 13.

Efectora de la salud: Disciplina que acompañó en el momento de la Consejería pre y post o ILE 40 mujeres en el año 2017 ya 64 mujeres en el año 2018.

En cuanto a su posición y posicionamiento respecto a la Salud, IVE:

(...) en realidad nosotros cuando analizamos el CP, cómo dice que: “Si está en riesgo la salud de la mujer” y nosotros entendemos la Salud, (...) de manera integral, como un problema biopsicosocial en realidad no nos generó tanta discusión (...) cómo veíamos esto como un problema, como una vulnerabilidad (...), pero nos venía faltando esta parte que era acompañar a las mujeres cuándo no los querían tener. (...) primero nos empezamos a formar, hicimos cursos. Nuestra Municipalidad de Córdoba hace (...), siete u ocho años atrás, promovió los cursos de Derechos de Salud Sexual que hacían Las Católicas por el Derecho a Decidir. Y se hizo formación dentro de la Muni. A partir de ahí, nosotros empezamos a cuestionar y pensar este tema del derecho de la mujer sobre su cuerpo y que pasaba cuándo estaban embarazadas y no lo querían tener y venían al Centro de Salud a preguntar. Se empezaron a animar, empezaron a venir y bueno, ahí fue cuando nos dimos cuenta que no podíamos mirar para otro lado. Cuándo vamos a leer el CP dijimos: “(...) pero si acá está claro, o sea, cuándo está en riesgo la vida de la mujer” y siempre fue enfocada desde el modelo biologicista, dijimos: “(...) tan cuadrados estábamos que no nos dábamos cuenta de que en realidad el CP es permisivo. Porque si nosotros entendemos a la Salud como el bienestar psicosocial, no había ninguna duda de

que podemos acompañar a las mujeres no sólo cuando tienen un problema físico ¿Sí? Sino cuándo es psíquico social. (...) vamos a muchas capacitaciones, lo discutimos todo el tiempo en el equipo y bueno y eso nos llevó a dónde estamos parados hoy que podemos hacer tranquilamente esas consultas. (Allende, Domínguez, Jara. 2017).

En cuanto a la mayoría del equipo de salud consideran a los DSy(no)R e IVE como una temática en la que avanzan todo el tiempo y se capacitan constantemente. Si llega una demanda saben a quién referenciar y se produce un efecto bola de nieve en las demandas.

Respecto a la intervención de la Consejería pre y post aborto quienes la realizan dan una idea de cómo es la intervención:

Nosotros tratamos de hacer es una consulta, que siempre tratamos de estar dos personas porque es muy larga, generalmente dura cuarenta minutos, (...) la charla. (...) generalmente la hacemos con la xxxxxx de acá del Centro con algún otro compañero, xxxxxx, xxxxxx. Tratamos de estar dos para que no nos falte toda la información. (...), empezamos preguntándole si ella ya había averiguado algo, cómo llega al Centro que eso para nosotros es muy importante. Después, bueno tenemos apoyo de material, tenemos libros que le vamos mostrando o folletos, también le damos folletos. La primera parte generalmente siempre hablamos de los derechos. Esto que no es algo clandestino, ni turbio, lo que estamos haciendo, lo contrario. Que lo estamos haciendo en un Centro de Salud Público, abierto a toda la comunidad y que todo lo que hablamos en la entrevista, entra dentro del secreto profesional. (...) hablamos de los miedos de las mujeres, ¿Qué saben de esto?, ¿Si una amiga alguna vez lo hizo?, ¿Por qué vienen al Centro? (...) le damos mucho marco legal. Después le hablamos de la parte técnica digamos, de cómo tomar la pastilla, todo esto y hacemos mucho hincapié en el seguimiento ¿Sí? Que para nosotros es importante el seguimiento, que hay que

hacerse la eco posterior, que después vengan que vamos a charlar del método que va a usar. (...) hablamos de los riesgos de hacérselo en algún lugar que sea de riesgo ¿Sí? Entonces, bueno justamente la idea nuestra de cuidado de salud es que ella haga algo que esté científicamente aprobado y aceptado en el mundo y que no ponga en riesgo su salud. (Allende, Domínguez, Jara. 2017).

Según las normativas vigentes que respaldan a la IVE, los efectores de la salud que trabajan en Consejería pre y post aborto mencionan:

(...) estamos justo haciendo un trabajo junto con la Organización Interamericana de la Salud. (...) dónde vamos a sistematizar las entrevistas. (...) hace algunos meses, empezamos a tener aval de la Secretaría de Salud porque va en el marco de la investigación de la OPS. Cómo que se empezó a visibilizar más, hubo reuniones con los equipos (...) estuvimos charlando con gente de la Dirección y (...) unas de las trabas, que más inconveniente tenemos es que no tenemos la accesibilidad a la medicación y sale 1.500 \$ y en los barrios está muy difícil. (...) sí saben qué hacemos el acompañamiento y bueno, ahora avalado por el estudio de investigación que estamos por hacer. (...) estamos un poco más relajados también. (Allende, Domínguez, Jara. 2017. Seminario de Diseño de Estrategias de Intervención Profesional. Interrupción Voluntaria de Embarazo. Entrevista a efectora de la salud. Entrevistadora: Jara. La entrevista se realizó el 9 de febrero de 2017, en el Centro de Salud N° 57).

Efactor de la salud: Disciplina que acompañó a 4 mujeres al momento de Consejería de pre y post aborto en el año 2017 y a 4 mujeres en el 2018. Siendo su visión al respecto del resto del equipo la siguiente:

Todo el equipo se motiva para que participe. Algunos participan más (...) otros participan menos. Pero todos saben que

tienen la obligación de hacerlo. Por ahí, encubiertamente participan menos. Sin decirlo y expresarlo abiertamente porque saben que van a tener críticas. (...) Todo el equipo participa activamente, (...) de distinta forma y con distintos compromisos ¿Por qué? Porque habíamos acordado previamente tenemos que asegurar los DSyR. El derecho al acceso, a la intimidad, la elección del método (...) Pero sabemos cómo que los equipos de salud están conformados por las personas y las personas también tienen formas y visiones pueden ser parecidas, pero no tan parecidas a veces o a veces si o a veces no. Entonces, sabemos que hay, hay integrantes con más participación o menos, con más compromiso menos compromiso (...) Por ahí por comodidad, para, para intentar, no quiero decir hacer menos, lo menos posible, sino para hacer lo justo y lo necesario.

Hay personas más comprometidas por hablar del derecho al acceso (...) y la posibilidad de la elección y a la intimidad abriendo un espacio (...) ¿Los dos están desarrollando el programa? Sí, los dos; ¿Los dos están hablando sobre Derechos Sexuales? Sí, los dos; ¿Los dos están haciendo una atención completamente integral? A lo mejor ninguno de los dos lo están haciendo, porque hablaron de 3 derechos y no, (...) de 20 derechos. (...), por eso hay distintos tipos de participación de acuerdo al compromiso, por un montón de barreras. (...) sacando sí o sí cuestiones morales y religiosas y éticas. Y también por un desgaste que, por un intento de mantener una cobertura alta por ej. en este programa, va, va teniendo un desgaste, por ej., la xxxxxx y xxxxxx están solicitando estar en otro Centro de Salud, no para trabajar menos sino para poder cambiar la cabeza por que en cierta manera ¿No se están quemando la cabeza? Pero en cierta manera están viendo la cantidad de trabajo que hay, las cosas que hay que hacer y las pocas posibilidades de respuestas, generan una frustración muy importante. (...) Entonces, hay muchas veces que capaz que *inconscientemente* estás obstruyendo algo y no solamente porque sos mala leche o porque tenés concepciones

morales, religiosas que te establecieron, sino porque “Estoy cansado de ver gente. No quiero más, al menos”, “Che, pero necesito el, la anticoncepción”. “No. Vení mañana a buscarla”, y a lo mejor ni le preguntó a la chica si era del lugar, si tenía posibilidad de venir mañana. Estás obstruyendo. Influiste sobre la posibilidad de asegurar un derecho de la persona. ¿Y cuál fue la variable que generó eso? No cuestiones religiosas ni morales, sino *cansancio*. (...) Muchas veces no se hace nada cuando estás quemado, gastado, cansado, por ahí ni da esa oportunidad de abrir ese espacio, porque seguro se va a llevar un tiempo por ahí estás cansado y no querés hacerlo y (...) obstruyendo un derecho a una persona que es gravísimo.

Y hay muchas cuestiones, como la mayoría de la humanidad siempre actuamos de acuerdo al miedo. El miedo va sabiendo que hay condiciones legales hoy que existen, una Ley de ILE. (...) sabiendo esas cuatro condiciones que pueda una mujer decidir o acceder a una interrupción de un embarazo. (...) el miedo parece cómo qué puede más. Entonces, trato de no involucrarme del (...) todo. Porque a lo mejor (...), puede ser que me persigan (...) Entonces, muchas veces, sí. La falta de información genera condiciones de miedo que, que uno se impone: “Tengo miedo que me hagan un juicio porque yo acompañé a una mujer”. “Y bueno, pero si no hay ningún médico, por decir una disciplina, que se come un juicio (...) ¿Por qué ese miedo, no? (...) despejando un montón de esa duda, probablemente más gente se incorpore al acompañamiento de las mujeres que tomaron la decisión. (...) estos que por ahí trabajan más sobre el programa se van cansando ¿Y por qué lo hago yo y no lo hace ella? (E. N ° 2).

En cuanto a su posición y posicionamiento respecto a la SS y a los DSy(no)R e  
IVE:

Si no tenemos el método anticonceptivo, el implante. Tenemos que asegurar que ellas (...) tengan la información de cómo acceder a ese método o de qué lugares. (...) podemos considerar a la mujer que no se fue con un método anticonceptivo, pero se fue con información, Entonces, deberíamos considerar bajo programa a la mujer por qué se va con uno de los objetivos del Programa que es asegurar los Derechos Sexuales.

Yo estoy a favor de la legalidad de la IVE. (...) lo que más me preocupa es la cantidad de mujeres que fallecen. “Estoy a favor de la legalización”; “De que la mujer pueda decidir sobre su cuerpo” o que la mujer pueda decidir “¿En qué?”; “Cuándo”. Más aún, sabiendo que desde un Estado no se está asegurando el derecho al método anticonceptivo para cuidarse, (...) sabemos que van a llegar mujeres de todas las edades con un embarazo que no lo buscaron. (...) Primero porque no hay educación sexual en las escuelas. Hay una ley, pero no se implementa en él, más del 90 % de las escuelas y si se implementa, esporádicamente en un espacio del año escolar y en algunos cursos, en algunos grados. No se da desde el nivel inicial como dice la Ley hasta que termine el secundario. (...) No hay educación sexual. No hay MAC para no abortar y encima cuando llegan a estar embarazadas, las, (...) penalizan diciendo que no solamente es antiético e inmoral y (...) la condena social sobre el hecho. (E. N° 2).

En cuanto a la intervención de la Consejería pre y post aborto:

Creó que de él (...) 2015. (...) poniéndolo (...) en la discusión del equipo de salud y con la convicción de distintos integrantes del equipo para desarrollar esa acción. (...) Primero, tenés que estar convencido que no hay nada ilegal en lo que estás diciendo. (...) Hoy la ley actual que define cuáles son las condiciones, las causales que puedan una mujer a acceder a una interrupción. (...) sabemos que tenemos amplísima (...) margen (...) de posibilidad de que cualquier mujer pueda acceder a la

interrupción. (...) El tratamiento más adecuado y más seguro y por recomendaciones de organismos internacionales, reconocidas por todos. (E. N° 2).

Efectora de la salud: Trabaja el Programa de Salud Sexual en los colegios:

(...) trabajamos mucho con los colegios. Sí, con el IPEM todo lo que es SS. (...) venimos haciendo desde hace mucho, desde 2009, 2010. Y vamos, a veces (...) al primario, (...) al secundario, que es con el que más hemos trabajado y hemos hecho también talleres afuera con otros secundarios que nos han pedido que vayamos. (...) en general es llevar a los adolescentes la información sobre el Programa de Salud Sexual. (...) y básicamente establecer un vínculo para que sepan que pueden venir, (...) quiénes somos, qué estamos acá y que no tenga miedo de pedir ayuda si lo necesitan. (...) Generalmente vamos xxxxxx (...) xxxxxx, xxxxxx y yo. (E. N° 3).

En cuanto a su posición y posicionamiento respecto a la IVE: “Yo estoy a favor de la despenalización del aborto y mientras tanto acompaño a las mujeres en lo que decidan”. (E. N° 3). A la profesional le preocupa la criminalización de la práctica. Respecto a la intervención de la Consejería pre y post aborto: Realiza el seguimiento de las Consejerías, el post aborto.

Efectoras de la salud: En cuanto a sus posiciones con el resto del equipo: “(...) todo el equipo de salud tiene que dar información adecuada y pertinente en relación sobre los métodos (...) de planificación familiar”.

Sí. A veces lo que pasa, que los xxxxxx no tienen la capacitación adecuada para recomendar (...), entonces la derivan para acá. Pero también es cierto la forma, porque tiene que ver con esto de estar preparado no de cómo tratar a las personas ¿No? No todos en la xxxxxx, quién está para los anticonceptivos está a los gritos. (E. N° 4).

En cuanto a sus posiciones y posicionamientos respecto a la SS y a los DSy(no)R e ILE:

(...) por alguna razón que también es cultural dentro de la jerga de la salud de los hospitales o centro de salud, se ha centralizado en xxxxxx o sea es la xxxxxx la que da la accesibilidad al 90% de las personas que vienen a buscar el método anticonceptivo. (...) La información y el asesoramiento, así está organizado acá.

(...) se da consejería y asesoramiento (...), ya hay una cuestión instalada en este Centro de Salud que solamente xxxxxx una de las xxxxxx, la xxxxxx son las que abordan esa problemática, cómo que ya está instalado. Entonces, xxxxxx ya saben y se dirigen a ese grupo. Pero sí cuando a mí me ha tocado el caso, eh, acá en xxxxxx, que también son aislados los que vienen a comentarte algo, porque es muy confidencial ese tema, (...) hemos hecho el abordaje desde xxxxxx se le ha dado el asesoramiento y sí se ha derivado porque haber yo no tengo las posibilidades si para dar la información y nada más, pero no para llegar el momento explícito e implícito de la situación, por eso se la deriva con xxxxxx. Lo que es la captación, contención y derivación con el que puede o tiene los medios me refiero (...). En este caso yo personalmente no manejo los recursos para poder realizar el proceso completo, pero sí en la H.C cuando vos hace un abordaje de este tipo se pone que se le dio el asesoramiento para el ILE y demás, (...), se los deriva con xxxxxx. (E. N° 4).

Efectora de la salud: Disciplina que acompañó a 1 mujer al momento de Consejería de pre y post en el año 2017 y 0 mujeres en el 2018.

La concepción de sujetos de derechos que posee discrepa entre lo dicho y las prácticas en ocasiones.

En cuanto a su posición con el resto del equipo:

Y acá en este equipo de salud desde hace unos cuantos años es un tema que se debate en reuniones de equipo y después hay compañeras que se dedican parte de su práctica profesional atender a esa demanda y todo el equipo está de acuerdo e incluso hay espacios de debate, de formación dónde todos hemos pasado y todos por lo menos en las reuniones lo que se ha explicitado es a partir de respetar la decisión de la mujer en relación a su cuerpo. (E. N° 1).

De acuerdo a sus posición y posicionamiento respecto a la ILE: “(...) acompañar lo que la mujer decida con respecto a un embarazo, (...). Si es interrumpirlo (...), de cómo llevar adelante la Consejería, ¿Quiénes? (...) no es todo el equipo?”. (E. N° 1).

Mi posición y posicionamiento: Se puede establecer que es fundamental que nuestra disciplina intervenga en la temática de la ILE, IVE. Se comprende que trabajar la ILE, IVE es focalizar en ese aspecto, dejando de lado muchos temas que constituyen los DSy(no)R. Si bien la institución adhiere al proyecto de Ley de IVE y a la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, cuyo lema es: *Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar y aborto legal para no morir*, y realizan Consejerías pre y post aborto.

Desde la posición de la referente institucional, se ha impuesto trabajar los DSy(no)R. Citando a Mántaras (2018): *Llegaron tarde*, al referirse qué si se trabajaba la ILE, IVE es porque falló todo lo anterior. Mi posicionamiento frente a este comentario del docente es muy claro, sé que trabajar IVE es reconocer que no hubo educación sexual para decidir y si la hubo no fue suficiente; que no hubo acceso a los MAC para no abortar y si los hubo fracasaron, ya que los MAC pueden fallar por su eficacia, mal uso, etc. Sin embargo, la IVE es una realidad en la que se encuentran atravesando miles de personas gestantes actualmente en el país. Siendo una demanda recurrente en la institución.

No hay una lectura ingenua de pretender creer las prácticas de abortos no se realizan. Existe entonces una distancia entre mi posicionamiento y mi rol asignado por las organizaciones (referente institucional y Centr.). El desafío es para la organización antes mencionada, la cual debe acompañar, promover a fin de fortalecer estas prácticas pre-profesionales en dónde se pondrán en juego posiciones y posicionamiento entre prácticas instituidas y prácticas instituyentes, debido a que tesis en la Carrera Lic. en T.S existentes sobre DSy(no)R son múltiples, no así de IVE.

El binomio instituido/instituyente parte de la comprensión de los conceptos *institución, organización*. Lo instituido es producto de la historia, una construcción social, que por lo tanto puede modificarse. Tal cual lo explica Bourdieu, *instituir*, es asignar una esencia, una competencia, se impone un derecho de ser que es un deber ser. Un rol asignado de lo que alguien debe ser y hacer en el escenario institucional, y conducirse consecuentemente hacia ello.

En contraposición las prácticas instituyentes, son aquellas que sostienen la novedad, generan una ruptura con lo que estaba instituido y sedimentado, da un paso a hacia otra dirección, promoviendo que se instale algo diferente, son generadoras de nuevos espacios de cuestionamientos, discusión, reflexión, interrogación, en dónde se disputan sentidos y nuevas simbolizaciones. En ello radica la importancia de su planteo, ya que las instituciones ocupan un lugar muy importante en la vida cotidiana de las personas, las cuales forman parte de su matriz de aprendizaje y los modelos de pensar.

Lo instituido e instituyente siempre está en movimiento, dónde los actores sociales (efectores de la salud) como actores que integran el Campo problemático de la IVE deben llevar a cabo disputas de sentido (discursivas, políticas, sociales, históricas y culturales), a fin de definir que la IVE es legítima y un derecho de las personas gestantes.

En este sentido, se invita a los profesionales de la salud a promover y generar espacios de intervenciones pre-profesionales dónde se aborde la temática específica IVE. Realizando acciones que propicien el objetivo de la institución, este objetivo es: “(...) que el equipo de salud generé acciones de interdisciplina; (...) desde la participación comunitaria; acciones intersectoriales; interjurisdiccionales y acciones de la promoción de la salud. (...) que, (...) lo que busca es una condición de salud”. (E. N° 2).

En cuanto a los desafíos de la intervención misma, a fin de generar prácticas instituyentes, ellos son: sumar a los profesionales del equipo a la intervención pre-profesional, para que la misma sea interdisciplinaria a fin de fortalecer un enfoque integral; y a su vez que los estudiantes puedan intervenir junto a ellos, específicamente junto a los profesionales que intervienen en las instituciones educativas a través de la realización de talleres sobre SS y DSy(no)R destinados a la comunidad estudiantil, y a los profesionales que desarrollan las Consejerías pre y post aborto. Su puesta en acción significaría potenciar estrategias que incidan en las formas y desempeños institucionales para avanzar sobre el proyecto.

## Metodología

La estrategia que se construyó implicó un posicionamiento respecto a la demanda, negociaciones con diferentes actores para involucrarles en la propuesta de trabajo y diversos saberes que circulan en el escenario. Ésta fue, la creación de un lugar de encuentro (de personas, saberes, necesidades, deseos y derechos): *Espacio de Asesoramiento y Difusión sobre SS y DSy(no)R*.

La línea de acción es una propuesta pedagógica que comprendió la realización de 19 encuentros presenciales de 3 hs. de duración (desde la primera semana de agosto al 13 de diciembre). Con una dinámica metodológica de exposiciones dialogadas, con actividades individuales y grupales para resolver consignas referidas al tema. Se utilizaron recursos didácticos como proyección de cortos y juegos que permitan replantear situaciones cotidianas. El objetivo era poder generar un entorno que habilite la palabra de las personas, promoviendo un espacio de confianza dónde pudieran expresar dudas, temores, ansiedades y demás, en torno a las temáticas desarrolladas.

Se pretendió desafiar las creencias, valores, sentimientos, que tienen los sujetos en torno a la sexualidad generalmente vinculada a la actividad sexual, no así tanto a las relaciones afectivas. A su vez, desnaturalizar roles, mandatos, funciones, ya que el acceder al programa va más allá de ser destinatarios de conocimientos y de recursos. El objetivo fue que la comunidad pudiera llegar a apropiarse de estas herramientas y pudieran trasladarlo a su vida cotidiana en otros ámbitos no sólo en el institucional, para lograr el ejercicio de una ciudadanía plena.

En torno a las intervenciones que se fundan en las demandas, las mismas se centraron en la aproximación al universo simbólico, a partir de la construcción social y subjetiva de éste. Carballada (1998, p. 14). cree que:

“Se trata de comprender y explicar lo social de cada situación, estudiarlo y analizarlo, centrando la intervención en la perspectiva del otro, que permita recodificar, redimensionar el discurso hegemónico, que cada sujeto porta al momento de la consulta para exponerlo y reconstruirlo junto con otros.”

### Reflexiones finales:

La Salud, la SS y los DSy(no)R son DDHH de todas las personas, por lo tanto, el Estado es el responsable de garantizarlos, en este caso el escaso recurso humano que posee el Centr. ante una población de 15 mil habitantes implica la ausencia del Estado afectando así los derechos de las personas. En un Estado presente se debería vislumbrar en que no falten los recursos necesarios para abordar la Salud de la gente, expresándose en mayores recursos humanos en los centros de salud de Córdoba Capital, principalmente más T.S y más Psicólogos.

Como toda construcción social la IVE genera caos en las sociedades hegemónicamente patriarcales, es por ello que aun en la actualidad debemos resistir con más fuerza que nunca a las imposiciones eclesiásticamente *correctas*.

Dicho lo anterior les profesionales de la salud deben garantizar los mismos desde una perspectiva de salud pública, DDHH y de género. El rol desarrollado durante las prácticas pre-profesionales pudo cumplir con éstas tres condiciones a la hora de intervenir, ya que se hizo hincapié en escuchar las demandas de les habitantes del lugar, teniendo en cuenta sus saberes se ofreció una respuesta inmediata (dentro de las condiciones objetivas y restrictivas impuestas) a través de la información.

Se promovió y procuró todo el tiempo la toma de decisiones libres de les sujetos, respetando y promoviendo su autonomía. A su vez, en la implementación de éste espacio de asesoramiento y difusión se intentó expandir los servicios y programas de SSRR con los que trabaja el Centro de Salud N°57, encuadrado en un marco de respeto y trato digno hacia les ciudadanos generando un trato más equitativo en términos de *poder y saber*.

Se considera que esta práctica instituyente dió un saldo positivo y con algunos avances significativos en cuánto a la calidad de la atención en base a las percepciones de las personas: en su autoafirmación de sujetos de derechos, con autonomía, de crítica a su rol de género y a su vida cotidiana.

El conocimiento brindado como materia prima indujo a las personas a la reflexión, introspección y análisis en varios casos, es por ello que se sugiere evaluar desde el Centr. la posibilidad de continuar ésta estrategia. Así como también, la creación de otros espacios por ej.: talleres comunitarios.

El aprendizaje en el proceso fué mutuo. Desde lo individual el aprendizaje fué constante, a través de la formación y la práctica misma, mediante de la incorporación de

nuevos saberes (capacitaciones) y de las interrelaciones mantenidas con las personas, en dónde siempre hubo un compromiso personal con ambas (saber y práctica).

Desde mi intervención se propuso información, siempre con una intención: incentivar la participación abierta de la comunidad. Para lo cual lo importante no eran la cantidad de conocimientos transmitidos ni demandas obtenidas, sino la interacción de las personas para que pudieran expresar sus propias experiencias, vivencias, saberes, ideas, y no sólo saldar dudas a fin de apoyar el proceso de reflexión.

A través de la práctica educativa es posible que les cuidadañes no se determinen como consumidores de normas y comportamientos deseables o establecidos, sino como actores críticos de su vida y su salud.

Por otro lado, tras 16 años de la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, siendo la Consejería en Salud Sexual y (no) Reproductiva una estrategia propuesta por el Ministerio de Salud de la Nación desde el año 2010, diseñada a fin de implementarse en las organizaciones de salud.

Se puede establecer que en el Centr., si bien algunos profesionales brindan Consejerías en algunos consultorios y específicamente Consejería pre y post aborto en las cuáles intervienen tres profesionales de la salud de diversas disciplinas, el espacio de Consejería no es una estrategia que implementa por nuestra disciplina, ya que no se le otorga prioridad, restando así posibilidades de intervención en la temática ya sea en el Centr., y en los espacios y organizaciones comunitarias, siendo este un hecho lamentable, ya que les T.S podemos ser les mediadores privilegiades entre una clase social desfavorecida, dominada, oprimida, excluida y el Estado y otras instancias sociales.

En ese proceso de mediación debemos revisar nuestras prácticas, posiciones y posicionamientos ya que podemos aportar a la constitución de ciudadanía o bien alentar procesos de descuidadadización, la cual produce un profundo debilitamiento en la capacidad del ejercicio de los derechos.

Se cree firmemente que el desafío fundamental en la formación profesional, consiste en impedir que sea desbaratado el pensamiento crítico. Y lo venimos logrando, a medida que venimos democratizando nuestras razones.

Las discusiones que se dan hoy con respecto a la IVE eran impensadas hace veinte años, en que predominaba un discurso apologético, misológico y prescriptivo. Claro que el proceso de elucidación en el que estamos embarcados no garantiza los cambios, pero crea las condiciones para que el cambio sea posible.

## Bibliografía

- ACEVEDO, P. (2011). En torno a los sujetos: aportes, debates, ejes de análisis. La organización como construcción colectiva y como alternativa para resolver problemas y satisfacer necesidades. Ficha de Cátedra Teorías, Espacios y Estrategias de Intervención II. UNC. Facultad de Derecho y CS.SS. ETS. Córdoba. Argentina. p. 8.
- ACUÑA, C.; CHUDNOVSKY, M. (2002). El Sistema de Salud en Argentina. Universidad de San Andrés. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional- Fundación Gobierno y Sociedad.
- ALANIS, M.; BARONE, R.; BRITZ, C. y otros (2017). Decálogo para el correcto tratamiento periodístico del derecho al aborto. Católicas por el Derecho a Decidir. Red Internacional de Periodistas con Visión de Género Argentina. INTERNATIONAL WOMEN'S HEALTH COALITION. Impreso por Helg Group SRL. Servicios & Soluciones Gráficas. Córdoba. Argentina. pp. 6- 7- 8- 19- 20.
- ALLENDE, J.; DOMÍNGUEZ, I.; JARA, N. (2017). Seminario de Diseño de Estrategias de Intervención Profesional. Interrupción Voluntaria de Embarazo. UNC. FCS. Licenciatura en Trabajo Social. Córdoba. Argentina.
- ALLENDE, J.; DOMÍNGUEZ, I. (2019). Derechos Sexuales y “no” Reproductivos: ¡Nuestro cuerpo, Nuestra decisión! UNC. FCS. Licenciatura en Trabajo Social. Córdoba. Argentina. p. 20.
- AQUÍN, N. (1995). Acerca del Objeto del Trabajo Social. En Revista Acto Social, N.º 10. Córdoba. Argentina. p. 30.
- ----- (1996). La relación sujeto-objeto en Trabajo Social: Una resignificación posible. En el libro La especificidad del Trabajo Social y la formación profesional. Espacio Editorial. Buenos Aires. Argentina. pp. 25- 30.
- ----- (1999). Hacia la construcción de enfoques alternativos para el Trabajo Social para el nuevo milenio. Revista de Servicio social. Vol. 1, N° 3. Junio. 1999. pp. 8- 11.
- ----- (2006). Vínculos críticos entre teoría, ideología y técnica. Trabajo presentado en el I Encuentro de Prácticas Universitarias y Proyecto Crítico. ETS-UNC. Córdoba. Argentina.
- ----- (2009). Aportes de la teoría de la vida cotidiana a la teoría del Trabajo Social. Córdoba. Argentina. UNC. Facultad de Derecho y CS.SS. ETS. En

Cátedra Teorías, Espacios y Estrategias de Intervención social II. 2012. Córdoba. Argentina. p. 210.

- ARTEAGA, C (2007). Pobreza y estrategias familiares: debates y reflexiones. UNAM. México. pp. 144- 148- 151- 157- 160.
- BERBERENA, M.; BELZITI, C. y otros (2000). El impacto de la Nueva Cuestión Social en el campo de la salud y las modalidades de intervención en el Trabajo Social. En Revista Margen. Edición N° 17.
- BILAVCIK, C. (2009). Acerca de las Representaciones Sociales. Teoría, Espacios y Estrategias de la Intervención Grupal. Editorial Espartaco. Córdoba. Argentina. p. 50.
- BOURDIEU. P. (1985). Espacio y génesis de las “clases”. Editorial Espacios. BS.AS. N° 2. Paris.
- ----- (1991). Le sens pratique. Ed. Minuit. [El sentido práctico]. Taurus. Madrid.
- ----- (1999). “Comprender”. En BOURDIEU. P (dir.), La miseria del mundo. Akal. Madrid.
- BOURDIEU, P.; CHAMBOREDÓN. y PASSERÓN. (2002). El oficio del sociólogo. Presupuesto epistemológico. Siglo veintiuno Editores, BS.AS. Argentina.
- BOURDIEU, P.; WACQUANT, L. (2005). Una invitación a la sociología Reflexiva. Editores S.XXI. BS.AS. Argentina. pp. 131- 183.
- BRITOS, N.; CARO, R. (2019). Regresividad, remercantilización y dualización. Las reformas previsionales de la alianza Cambiemos. En NAZARENO, M.; SEGURA, M.; VÁZQUEZ, G. (Editores). Pasaron cosas. Política y políticas públicas en el gobierno de Cambiemos. Editorial Brujas. UNC. FCS. Córdoba. Argentina.
- BUTELMAN, I. (Comp.) (2006). Pensando en las instituciones. Artículo: GARAY, Lucia: La cuestión institucional en la educación y las escuelas. Conceptos y reflexiones. Paidós. p. 146.
- BUTINOF, M; DOMÍNGUEZ, A. (2012). Desarrollo y fortalecimiento de espacios de consejerías en derechos sexuales y reproductivos, en el ámbito de la Salud Pública. Experiencia de articulación académica e intersectorial. Secretaría de Extensión de la UNC. Córdoba. Argentina.
- CARBALLEDA, A. (1998). La intervención en lo Social hoy: Una visión desde las Políticas Sociales. Del orden de los cuerpos a la fragmentación de la sociedad. Ed. Espacio. BS.AS. Argentina.

- ----- (2006). El Trabajo Social desde una mirada histórica centrada en la intervención. Del orden de los cuerpos al estallido de la sociedad. Cap. VI. Ed. Espacio. BS.AS. Argentina.
- CARRIZO, D.; RÓLDAN, K. (2015). Nosotras decidimos si tener hijos o no. Aportes para un abordaje integral. UNC. Facultad de Derecho y CS.SS. ETS. Córdoba. Argentina.
- CASTEL, R (1991). La dinámica de los procesos de marginalización de la vulnerabilidad a la exclusión. En espacio institucional. Lugar Editorial. BS.AS. UNC. Facultad de Derecho y CS.SS. ETS. En Cátedra Teorías, Espacios y Estrategias de Intervención social II. 2012. Córdoba. Argentina. p. 5.
- CAZZANIGA, S. (1997). Metodología. El abordaje desde la singularidad. Ficha de Cátedra. Trabajo Social. Facultad de Trabajo Social. UNER. pp. 1- 2.
- COSTA, R. (1997). Estrategias de intervención como teoría de la acción en la acción. Revista Acto Social N° 17. Córdoba. Argentina.
- CUSTO, E. (2009). Acerca de las relaciones sociales ¿Qué son? ¿Cómo se producen y reproducen determinados sistemas de relaciones sociales? Teoría, Espacios y Estrategias de la Intervención Grupal. Editorial Espartaco. Córdoba. Argentina.
- CUSTO, E.; FONSECA, C. (2009). El Trabajo Social: ¿Cómo mira a los sujetos que demandan su práctica profesional? Teoría, Espacios y Estrategias de la Intervención Grupal. Editorial Espartaco. Córdoba. Argentina.
- CHIARA y DI VIRGILIO (2009). Capítulo II. Conceptualizando la gestión social. En Chiara y Di Virgilio, Mercedes (organiz.) Gestión de la Política Social, Conceptos y herramientas. Prometeo Libros. UNGS. BA.AS. Argentina. p. 54.
- DAVIS, L. (2009). Cómo se construye la normalidad. La curva bell, la novela y la invención del cuerpo discapacitado en el siglo XIX. En: Brogna, Patricia (comp.) Visiones y revisiones de la discapacidad. Fondo de Cultura Económica. México.
- DEZA, S. (2015). ¿Cómo hacer un aborto en el Hospital? y no morir en el intento. Católicas por el Derecho a Decidir. Córdoba. Argentina. pp. 37- 38.
- ----- (2015). ¡Podés abortar con derechos entérate! Católicas por el Derecho a Decidir. Córdoba. Argentina. pp. 5- 6- 9- 11- 13.
- FERRANDI, D. (2010). Salud: opciones y paradigmas. Mimeo.
- FRANCES, A (2014). ¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría. Editorial Ariel. BS.AS. Argentina. p. 139.

- FRASER, N. (1991). La lucha por las necesidades. En Debate Feminista, año 2, vol. 3, México. pp. 3- 40.
- FOUCAULT. M. (1979). Nacimiento de la Biopolítica. Akal.
- ----- (1988). Historia de la sexualidad I: La voluntad del saber. Siglo XXI.
- GAGLIANO, E.; MÁNTARAS, J.; NICORA, V. (s/f). Demografía y Epidemiología. Segunda parte. Epidemiología. Cátedra Salud y Políticas Públicas. 2012. UNC. Facultad de Derecho y CS.SS. ETS. Córdoba. Argentina. p. 11.
- GRAVANO, A (2005). El barrio en la teoría social. Espacio, Ariel Espacio. BS.AS. Argentina.
- GATTINO, S. (2003). La complejidad social, la diversidad y la convergencia: tres claves para mirar y hacer con las familias. 1º PARTE: Claves para “mirar” a las familias”. Material de Cátedra no editado. En apunte de Cátedra Teorías, Espacios y Estrategias de Intervención III. Cátedra A. 2015. Córdoba. Argentina.
- ----- (2005). La complejidad social, la diversidad y la convergencia: tres claves para mirar y hacer con las familias. 2º Parte: Claves para “hacer” con las familias. Material de cátedra no editado. En apunte de Cátedra Teorías, Espacios y Estrategias de Intervención III. Cátedra A. Córdoba. Argentina.
- ----- (2003). Procedimientos elementales al inicio del abordaje: inserción, vinculación. Las demandas. pp. 1- 4. Material de Cátedra no editado. Cátedra “Trabajo social con familias”. UNC. Facultad de Derecho y CS.SS. ETS. Córdoba. Argentina. 2015.
- GIORGI, V. (1984). Notas para el análisis de la vida cotidiana. En Revista Sociedad y Cultura. Uruguay.
- GONNET, J. P (2011). Organizaciones y problemas sociales. Una aproximación sistemática. Revista de CS.SS. N° 41. Septiembre de 2011. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales- Sede Académica de Ecuador.
- GONZÁLEZ, C. (2001). La intervención del abordaje familiar. Informe de investigación. En Cátedra Teorías, Espacios y Estrategias de Intervención Social II.UNC. Facultad de Derecho y CS. SS. ETS. Córdoba. Argentina. 2012. pp. 6- 8.
- GONZÁLEZ, J; HEREDIA, A. (2020). Luchadoras por el derecho a elegir en libertad. Representaciones sociales que tienen las mujeres que concurren al Centro de Salud N° 57 de IPV Argüello sobre la interrupción voluntaria del embarazo. UNC. FCS. Licenciatura en Trabajo Social. Córdoba. Argentina.

- GRÜNER, E. (2006). Lecturas culpables Marx(ismos) y la praxis del conocimiento. En Borón, Amadeo y González (Compiladores): La teoría marxista hoy. Problema y perspectivas. Ed, CLACSO. BS.AS. Argentina.
- GUTIÉRREZ, A. (2004). Las prácticas sociales: Una introducción a Pierre Bourdieu. Capítulo N° 2: Las estructuras sociales externas o lo social hecho cosas. Capítulo N° 3: Las estructuras sociales internalizadas o lo social hecho cuerpo. Ferreyra Editor. Córdoba. Argentina. pp. 31- 39- 42- 68- 69- 81.
- HACKING, I. (1996). El efecto bucle de las clases humanas. En La cognición causal: un debate multidisciplinario. Publicado en línea: Marzo de 2012; ISBN: 9780198524021 eISBN: 9780191689093; Editorial: Oxford University Press.
- ISUANI, E; MERCER, H. (1988). La fragmentación institucional del sector salud en la Argentina ¿pluralismo o irracionalidad? Boletín Techint N° 224. Centro Editor de América Latina. BS. AS. Argentina.
- IAMAMOTO, M. (2003). El Servicio Social en la Contemporaneidad, trabajo y formación profesional. La práctica como trabajo y la inserción del Asistente Social en los procesos de trabajo. Biblioteca Latinoamericana de Servicio Social. Cortez Editor. p. 81.
- MACHICAO, B. X. (2004). De menos a más. Hacia el proceso de Cairo + 10, en Cotidiano Mujer, N.º 39 y ½, III época, Montevideo.
- MAFFIA, D. (2006). Derechos sexuales y reproductivos: Algo más que procreación. Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género Universidad de Buenos Aires. Argentina. CD. Desarrollo y Fortalecimiento de Espacios de Consejería en Derechos Sexuales y Reproductivos, en el Ámbito de la Salud Pública. Experiencia de Articulación Académica e Intersectorial. UNC. SEU. Programa Género. Programa Instituciones Sociales y Salud. Facultad de Psicología. Escuela de Enfermería. Escuela de Trabajo Social. 2013. ISBN 978-95033-0873-8.
- MAFFIA, D. (2006). Aborto no punible: ¿Qué dice la ley argentina? Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad. En CHECA, S. Paidós. pp. 1- 2. BS.AS. Argentina. ISBN 950-12-4537-3 <http://dianamaffia.com.ar/archivos/Aborto-no-punible.-Qu%C3%A9-dice-la-ley.pdf>. Recuperado el 12 de noviembre de 2021.
- MARTIN, A. (2011). Marcos legales. por una vida libre de violencias. Derechos Humanos Géneros y Violencias. UNC. Córdoba. Argentina.

- GAGLIANO, MÁNTARAS y NICORA (2012). Módulo 3.1. Evolución Histórica de un Concepto Polisémico. Programa de Capacitaciones en Análisis e Implementación de Políticas de Atención Primaria de la Salud. Valores. Principios y Elementos. Apunte de Cátedra de Políticas Públicas y Salud. 2012. Facultad de Derecho y CS.SS. ETS. Córdoba. Argentina. pp. 4- 5- 7- 28- 29- 30- 31.
- MORENO, D; CARRILLO, J. (2019). Normas APA 7ma. Edición. Guía de citación y referenciación. Universidad Central, Coordinación Editorial. Bogotá, Colombia.
- NIRENBERG, O.; BRAWERMAN, J.; RUIZ, V. (2003). Programación y evaluación de proyectos sociales. Aportes para la racionalidad y la transparencia. Paidós. BS.AS. Argentina. p. 36.
- PACKMAN, M; MORIN, E (1994): Introducción al pensamiento complejo. En Northampton, M. [http://cursoenlineasincostoedgarmorin.org/images/descargables/Morin\\_Introduccion\\_al\\_pensamiento\\_complejo.pdf](http://cursoenlineasincostoedgarmorin.org/images/descargables/Morin_Introduccion_al_pensamiento_complejo.pdf). Recuperado el 17 de septiembre de 2021.
- PAULIZZI, L. (2006). Educación Sexual y Prevención de la Violencia. Seminarios taller de capacitación con docentes y profesionales. Anexo III: Conceptos básicos de sexo, sexualidad y salud sexual. Ediciones Hipólita. p. 77.
- PERANO. J. (2014). Primera parte. Bolilla N° 1. Sumario: N° 2. Nacimiento de la Criminología. Seminario Optativo: Criminología y Trabajo Social. U.N.C. Facultad de Derecho y CS.SS. ETS. Córdoba. Argentina. pp. 21- 22.
- RABOTNIKOF, N. (2008). Lo público hoy: lugares, lógicas y expectativas. En: Iconos, Revista de Ciencias Sociales. N° 32, Quito. pp. 37- 48.
- REPETTO, F. (2009). El Marco Institucional de las Políticas Sociales: Posibilidades y restricciones para la gestión social. Capítulo V. En Chiara, M y Di Virgilio, M. (organiz.) Gestión de la Política Social. Conceptos y herramientas. Prometeo Libros. UNGS. BS.AS. Argentina.
- RODIGOU, M. (2008). Derechos Sexuales y Reproductivos. Salud y Participación. Segundo Foro de Mortalidad Materna y Derechos Humanos. CD. Desarrollo y Fortalecimiento de Espacios de Consejería en Derechos Sexuales y Reproductivos, en el Ámbito de la Salud Pública. Experiencia de Articulación Académica e Intersectorial. UNC. SEU. Programa Género. Programa Instituciones Sociales y Salud. Facultad de Psicología. Escuela de Enfermería. Escuela de Trabajo Social. 2013. ISBN 978-95033-0873-8.

- ROTONDI, G; FONSECA, C; VERÓN, D y otros (2008). ¿Agentes externos? Los sujetos de la intervención. En Necesidades que plantean las demandas de Intervención Institucional en las escuelas “al” Trabajo Social. Parte III. Intervención Institucional del Trabajo Social en Instituciones Educativas. Cátedra Teorías, Espacios y Estrategias de Intervención IV- Institucional. U.N.C. Facultad de Derecho y CS.SS. ETS. Córdoba. Argentina.
- ROTONDI, G. (2013). Intervención Institucional en Trabajo Social: Pistas para el análisis de la Demanda. Ficha de Cátedra Teorías, Espacios y Estrategias de Intervención IV- Institucional. U.N.C. Facultad de Derecho y CS.SS. ETS. Córdoba. Argentina.
- ROTONDI, G.; VERÓN, D.; GREGORIO, L.; y otros (2017). Compartiendo quince años del Programa La universidad escucha las escuelas. Perspectivas, debates y propuestas desde el Trabajo Social Institucional (2001-2016). PUEE, Programa La Universidad Escucha a las Escuelas. Cátedra Teoría, Espacios y Estrategias de Intervención IV – Institucional. Facultad de CS.SS. Licenciatura en Trabajo Social. UNC. DVD-ROM, PDF ISBN 978-950-33-1312-1. Córdoba. Argentina.
- SCHLEMNISON, A. (1998). Análisis organizacional y empresa unipersonal. Crisis y conflictos en contextos turbulentos. Paidós. BS.AS. Argentina.
- SIRVENT, M. T. (1999). Cultura Popular y Participación Social. UBA. Facultad de Filosofía y Letras. Miño y Dávila Editores.
- SOLDEVILA, A. (2011). Derechos humanos, Género y Violencias. La categoría género en las perspectivas de intervención. Gobierno de la Provincia de CBA, Ministerio de Justicia, Dirección de Violencia Familiar, UNC. SEU. Programa Género. Córdoba. Argentina. pp. 21- 24.
- PINOTTI, G.; MACHINANDIARENA, P. (2009). Trabajo Social y Vida Cotidiana. Teoría, Espacios y Estrategias de la Intervención Grupal. Editorial Espartaco. Córdoba. Argentina.
- QUIROGA, A. (1999). Matrices de aprendizajes. Edición Cinco. BS.AS. Argentina. p. 38.
- TENTI, F. (1992). Representación y acción colectiva en las comunidades urbanas pobres. En la mano izquierda del Estado. Miño y Dávila/Cieep. BS.AS. Argentina.

- WALSH, C. (2013). Pedagogías decoloniales. Prácticas insurgentes de resistir, (re) existir, y (re) vivir. Tomo I. Serie Pensamiento Decolonial. ABYA YALA. 1º Edición. Quito, Ecuador.
- YUNI, J.; URBANO, C., con colaboración de CIUCCI, M. (2005). Mapas y herramientas para conocer la escuela. Investigación etnográfica e investigación-acción. Capítulo 3: Ciencia en movimiento: Paradigmas y cambios. 3 a ed. Editorial Brujas. Córdoba. Argentina. pp. 48- 49- 50- 53- 57.

#### Fuente primarias

- Entrevistas efectuadas a efectores de la salud del Centro de Salud N° 57. 2017.
- Entrevistas realizadas a cuatro profesionales del Centro de Salud N° 57. 2018. (E. N°1; E. N° 2; E. N° 3 y E. N° 4).
- Diario de campo. Centro de Salud N° 57, Argüello. IPV, 2017, 2018. Córdoba. Argentina.

#### Fuentes secundarias

- Programa de Salud Sexual y Responsable, Ministerio de Salud. 2002.
- QUIROZ, M; BILLINGS, D y GASMAN, Z. (2003). Aspiración Manual Endouterina (AMEU): Tecnología adecuada para la atención de calidad a mujeres en situación de aborto. México. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=10916>. Recuperado el 26 de diciembre de 2021.
- Ministerio de Salud Presidencia de la Nación (2007). Guía Técnica para la atención integral de los abortos no punibles. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Secretaria de Programas Sanitarios. BS.AS. Argentina. Formato CD-ROM. ISBN 978-950-33-0873-8. En Desarrollo y fortalecimiento de espacios de consejería en DDSSYRR, en el ámbito de la salud pública. Experiencia de articulación académica e intersectorial. Compiladoras: BUTINOF, M.; DOMÍNGUEZ, A. SEU. UNC. Córdoba. Argentina. 2008.
- EGIDOS y GRECO. (2011). Historia de la DAPS... Un relato posible (1974- 2008...). Área de Comunicación Institucional y Comunitaria. División Salud Mental. DAPS.

- El 57, memorias de un Centro de Salud. <https://www.youtube.com/watch?v=Q7SbQYCyLOW>. Recuperado el 22 de diciembre de 2021.
- CARBAJAL, M. (2016). Un dictamen por la despenalización. Página 12. <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-294923-2016-03-19.html>. Recuperado el 01 de febrero de 2017.
- Las muertes por abortos inseguros constituyen femicidios de Estado. Redacción La Tinta. 2016. Periodismo hasta mancharse. <http://latinta.com.ar/2016/11/las-muertes-por-abortos-inseguros-constituyen-femicidios-de-estado/> Recuperado el 7 de diciembre de 2016.
- Documentación en formato digital y CD facilitados por los profesionales del Centro de Salud N° 57. 2017. Córdoba. Argentina.
- ALLENDE y DOMÍNGUEZ. (2018): Devolución de sistematización de la tesis de estudiantes de quinto año, de la Carrera Licenciatura en Trabajo Social (2017) al Centro de Salud N° 57. Argüello IPV. 10 de abril de 2018. Córdoba, Argentina.
- Devolución de los profesionales que llevan a delante la Consejería pre y post aborto al Centro de Salud N° 57, Argüello IPV. 10 de abril de 2018. Córdoba, Argentina.
- Sistematización de Acompañamientos para Interrupción de Embarazos. Realizado por dos efectoras de la salud del Centro de Salud N° 57. Argüello IPV. 2018. Facilitado por integrante que lleva a delante las Consejerías pre y post aborto. Córdoba, Argentina.
- WARNER, P. (2017). Cuando la salud no es prioridad. El país. <https://www.pagina12.com.ar/26931-cuando-la-salud-no-es-prioridad>. Recuperado el 30 de marzo de 2017.
- Documentación en formato digital y papel, facilitado por el Departamento de Servicio Social de la Dirección de Atención Primaria de la Salud. 2017. Córdoba. Argentina.
- Anticoncepción quirúrgica. un derecho de todas las personas. 2017. <https://salud.gob.ar/dels/entradas/anticoncepcion-quirurgica-un-derecho-de-todas-las-personas>. Recuperado el 03 de noviembre de 2021.
- Cómo se asiste hoy a quienes deciden abortar. 2018. <https://www.pressreader.com/argentina/la-voz-del-interior/20180802/281586651409177>. Recuperado el 13 de diciembre de 2021.

- Aborto legal: organismos de la ONU se pronuncian a favor. CELS. 2018. <https://www.cels.org.ar/web/2018/06/aborto-legal-organismos-de-la-onu-se-pronunciaron-a-favor/> Recuperado el 13 de diciembre de 2021.
- El Tribunal Superior Cordobés restableció el protocolo de aborto no punible. Página. 12. 2018. <https://www.pagina12.com.ar/162991-protocolo-legal>. Recuperado el 13 de diciembre de 2021.
- BALAGUER, M. (2018). EL Tribunal Superior de Justicia rechazó los planteos de Portal de Belén en la causa de aborto no punible. <https://fundeps.org/tsj-rechazo-portal-belen/> Recuperado el 03 de noviembre de 2021.
- XXII Jornada de Capacitación: Actualización Profesional ante la Demanda de I.L.E, organizado por la Comisión de Capacitación de la Disciplina T.S. Hospital Materno Neonatal. 10 de mayo de 2019. Córdoba. Argentina.
- ¿Quiénes somos? Aborto Legal y Seguro ¿Dónde encontrarnos? <http://redsaluddecidir.org/donde-encontrarnos/> Recuperados el 13 de diciembre de 2021.

# ANEXOS

Anexo N° 1:





## Anexo N° 2:

Historia de la DAPS... un posible relato (1974-2008...) Los orígenes La Historia de la DAPS tiene sus orígenes en 1974. No sería casual su origen, ya que el año anterior se había recuperado –transitoriamente- la democracia y acercar la salud pública a donde vivía la gente era también democratizar la salud. Fue justamente en ese año cuando el Concejo Deliberante de la Ciudad de Córdoba, determinó -mediante la Ordenanza N° 6322- que el Intendente contaría con la colaboración de funcionarios municipales denominados Secretarios y Subsecretarios. Con la reglamentación de esta Ordenanza surgió la creación del Servicio de Atención Médica Periférica, cuya denominación cambiaría en varias oportunidades hasta llegar a poseer su nombre actual: Dirección de Atención Primaria de la Salud.

Antes de 1974 existían en el ámbito de la Municipalidad -además de la Asistencia Pública- 44 dispensarios que se ubicaban en barrios tradicionales de Córdoba. Para el financiamiento de estos centros se manejaban presupuestos de la Nación, canalizados a través del Ministerio del Interior.

Estos dispensarios funcionaban en forma improvisada en casas de familias que prestaban una habitación para que fuera usada como consultorio. Allí trabajaba un médico clínico acompañado de una auxiliar que cumplía funciones de enfermera, colocaba inyectables y colaboraba con las tareas de limpieza.

En cuanto a las tareas desarrolladas, en sus inicios se cumplían programas de atención de control de la madre y el niño, diseñados desde la Nación.

El Servicio de Atención Médica Periférica contaba además con un servicio a domicilio. Se utilizaba un vehículo utilitario marca “Rastrojero” que trasladaba al médico a los lugares de la periferia donde se solicitaba atención; los servicios ofrecidos incluían hasta partos domiciliarios.

Al crecer la demanda -y por las complicaciones de este tipo de prestaciones- se decidió atender a la embarazada en la Asistencia Pública.

Los ‘70 En la estructura organizativa de la Secretaría de Salud de 1974, el Servicio de Atención Médica Periférica (SAMP) dependía de la “Asistencia Pública Municipal” que a su vez dependía directamente del Secretario de Salud. A su vez, Dicho Servicio comprendía áreas tales como “Estadísticas”, “Programas”, “Servicio Social” y 4 Jefaturas Zonales.

En esos primeros años de existencia, el SAMP –a través de los dispensarios que ya venían funcionando en los barrios con financiamiento nacional- se realizaban las siguientes acciones preventivas: vacunación, entrega de leche y controles de niños de 0 a 2 años. Estas acciones serían el embrión desde el que luego surgieron los programas de APS.

Durante los '70 se hizo énfasis en la atención de la patología ambulatoria, por ello las primeras capacitaciones –que eran “por disciplina”- estaban basadas en el eje de la enfermedad y de los procedimientos técnicos necesarios para la curación y prevención.

El primer programa de Atención Médica Periférica fue el denominado “Catastro Citoginecológico”.

En 1976 se edita en el ámbito del SAMP la revista “El dispensario”, de carácter informativo, técnico y científico.

Según testimonios, durante la dictadura, la Dirección se limitó a brindar atención médica en los barrios. En algunos casos se dieron acciones de resistencia al régimen inconstitucional en forma mancomunada comunidad-equipo de salud. Valga como ejemplo de ello el Centro de Salud de B° Comercial (institución con fuerte compromiso social en la época), donde incluso hubieron allanamientos y represión.

En la Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrollada en 1977, se planteó la necesidad de garantizar la "Salud para todos en el año 2000". En 1978, en la reunión llevada a cabo en Alma Ata (Rusia), quedó establecido que para el logro de esta meta era necesaria una estrategia distinta a las utilizadas hasta entonces. Esta estrategia se definió como de atención primaria de la salud (APS) estrategia a la que adhirió el Estado argentino.

No obstante ello, habrían de pasar varios años hasta que la Declaración de Alma Ata tuviera una verdadera repercusión en nuestro país en general y en Córdoba en particular. Por ello, en la ciudad de Córdoba las prácticas continuaron reduciéndose a la asistencia –y desde la mirada exclusivamente biológica- por bastante tiempo más.

Los '80 En 1981 se produce la primera transferencia desde la Provincia a la Municipalidad: pasan a esta órbita 20 centros materno-infantiles con todo su personal.

La institución (SAMP) se separa de la Asistencia Pública y pasa a depender directamente de la Secretaría de Salud de la Municipalidad con el nombre de: “Dirección General de Atención Médica Periférica” (DGAMP).

En esta década se van consolidando los programas con énfasis en la promoción y la prevención (en 1982 inicia el de Control de Crecimiento y Desarrollo y en 1985 el de Control de Embarazo y Puerperio).

En gran parte, los cambios guardan relación con una serie de Programas con financiamiento externo a los que adhiere la Municipalidad. El primero de ellos (1983-1989) fue el llamado “Proyecto Córdoba” (iniciativa de la OPS con financiamiento de la fundación Kellogg’s) cuyos ejes fueron la articulación capacitación-servicio; la regionalización; la referencia contrarreferencia y el enfoque de riesgo. Este proyecto – localizado en la zona suroeste de la ciudad- se propuso fortalecer el desarrollo de servicios de salud con énfasis en acciones hacia la madre y el niño. Los actores centrales fueron – además de la municipalidad y la provincia las universidades Nacional y Católica de Córdoba. Hay acuerdo en considerar que los aportes de este proyecto fueron: primero, la consideración de la participación comunitaria, a través de la formación de promotores de salud; segundo, la normativa acordada, uno de cuyos instrumentos es el carnet perinatal que –actualizado- se continúa usando; el tercero fue el ingreso de nuevos trabajadores sociales a los equipos de salud (12) de los centros incluidos en la zona del proyecto, que hasta ese momento sólo estaban integrados por médicos y enfermeras.

Finalizado el Proyecto Córdoba, se continúa con la Unidad de Coordinación Intersectorial e Interjurisdiccional con énfasis en adolescencia, embarazo y familia (UCIS).

Según testimonios de protagonistas de esta época, hacia mediados de la década hubieron indicadores de una nueva intencionalidad política -de la mano de la Declaración de Alma Atabasada en la recuperación del rol del Estado en relación a la salud pública. Esto condice con el contexto político (recuperación de la democracia luego de la terrible de dictadura sufrida en el país) de movilización política y participación social.

En lo concreto, para la DAPS los cambios supusieron ir dejando de lado las prácticas asistenciales a partir de la demanda espontánea, para pasar a la asistencia desde líneas programáticas preestablecidas.

Durante esta década, se intensifican las acciones de formación institucional y para ello se organizan “subcomités disciplinarios” con el fin de elaborar programas de capacitación. En 1988 comienza la capacitación interdisciplinaria orientada a la estrategia de APS.

Según fuentes consultadas<sup>1</sup> en esta década se redefine el papel de los centros de salud y se fortalecen a nivel de recurso humano y equipamiento para llevar adelante las propuestas de APS.

De 1989 a 1991 se desarrolló el Programa de Salud Pública de la Ciudad de Córdoba (conocido como Proyecto Italia por recibir financiamiento de ese país), en el noreste de la ciudad. Se hizo eje en la promoción de la salud y el abordaje familiar y comunitario, se centró en la mirada epidemiológica (capacitación y generación de información) y se impulsó desde la provincia una renovada política de Salud Mental (basada en el trabajo interdisciplinario y la creación de los equipos de atención comunitaria “EAC” en salud mental). Asimismo, este Proyecto hizo hincapié en la informatización de los datos del sistema de salud (inclusión de computadoras y digitalización de los registros). Independientemente de la jurisdicción de pertenencia, en terreno se trabajaba con una historia clínica familiar (no era una historia única, sino una carpeta en la que se archivaban las historias de cada integrante y observaciones de índole familiar) como único instrumento.

El Proyecto Italia puso mucho énfasis en el eje de la capacitación, aportes del orden de lo cualitativo que sin embargo la DAPS no pudo capitalizar; no hubo correlato entre la inversión hecha por el Proyecto y la aplicación de políticas acordes por parte de la Municipalidad.

Los ‘90 Los testimonios coinciden en que fue durante la gestión de Carlos Gatti (92-94) cuando se producen transformaciones cualitativas a nivel institucional. Habiendo participado activamente del Proyecto Córdoba, desde su dirección propone un programa base desde el cual promueve la participación de todos los sectores. Con la elaboración del Programa Municipal de Salud (PROMUSA) se plantea la intencionalidad de llevar adelante una política sanitaria para el primer nivel de atención con énfasis en la programación local participativa (participación de equipos de salud y comunidades en la toma de decisiones).

Se hace hincapié en la programación local (SILOS); en la Planificación Estratégica y en la Capacitación Interdisciplinaria.

Estos cambios encuentran resistencia en algunos sectores corporativos - especialmente en la Asociación Gremial Médica de la institución- que ve en ellos un elemento de riesgo para el modelo médico hegemónico.

En el marco del PROMUSA se crean las UPAS (Unidades Primarias de Atención de la Salud) para extender territorialmente la cobertura.

Los centros de salud definen en esta etapa dos áreas a su cargo: una programática y una de responsabilidad.

Posteriormente se redacta el primer Reglamento Interno donde se propone el nuevo nombre de “Dirección de Atención Primaria de la Salud” (DAPS). Este Reglamento establece -además de la nueva denominación- la misión y funciones de la Dirección y de cada una de las áreas que la componen, las competencias de las distintas disciplinas y roles, así como la diferencia entre centros de salud y UPAS, entre otros puntos.

Hacia 1995 comienza la implementación del Programa Materno Infantil (PROMIN) –con financiamiento externo del PNUD- con el eje puesto en la madre y el hijo. En el marco de este programa se crean los centros regionales de referencia (CRR) y se produce una segunda transferencia desde la provincia: pasan a la órbita municipal los centros de salud Albert Sabin, Renacimiento, Martínez Esteve y el Poliambulatorio Benito Soria, con todo su personal.

El PROMIN, además de involucrar a distintos sectores institucionales estatales, tuvo como característica novedosa que, en el plan nutricional destinado a la madre y el niño, además de la leche se agregaban otros nutrientes. Esto obligó a modificar los instrumentos con los que se venía trabajando para poder identificar a niños en riesgo de desnutrición.

En una etapa caracterizada por el achicamiento del Estado en general y la disminución presupuestaria en relación a diversos sectores entre ellos la salud, el principal móvil para la adhesión de la Municipalidad a tales Programas de Salud con financiamiento externo, era la obtención de recursos de algún tipo. Así se pudieron remodelar o construir nuevos centros, adquirir algunos medios de movilidad para la asistencia, brindar algún tipo de capacitación a los equipos de salud, etc.

Hacia el final de la década, la capacitación externa reemplaza a la capacitación institucional. En 1999 -gestión Kammerath- se crean los primeros centros de salud 24 horas (en cumplimiento de promesas electorales) con el fin de atender urgencias en las zonas alejadas de los hospitales, sin lógica alguna relacionada con la APS.

Las expectativas de conseguir incluir en el modelo de atención a la participación comunitaria, la programación local, los SILOS, quedaron desalentadas y cada vez más inalcanzables ante las evidencias de una crisis social que incluía a agentes públicos y usuarios.

A partir del 2000... La institución cambió su denominación –transitoriamente- y pasó a llamarse Dirección de Coordinación de la Atención Primaria de la Salud.

En el contexto de la grave crisis socio-económico-política que atravesaba el país, se produjo la caída de los programas de salud por falta de insumos y recursos. También el deterioro progresivo de la infraestructura edilicia impactó en la calidad de la atención.

A partir del 2004, se inició un proceso de recuperación con la provisión de insumos, leche, mobiliario e incorporación de personal. Se le da nuevo impulso a los programas. Se crean nuevas UPAS y se refaccionan algunos centros de salud.

En ese año se organizan los Equipos Zonales Interdisciplinarios en las 6 zonas sanitarias, integrados por trabajadores sociales, médicos, enfermeros y psicólogos. Esto supone introducir la mirada interdisciplinaria e integral de la salud a la gestión de las zonas. Se reinicia la capacitación institucional.

Desde el área de comunicación institucional se produce la revista “Info-daps”, abierta a la participación de todo el personal para la difusión de proyectos, actividades y logros de los equipos de salud. Se editan y distribuyen 4 números desde diciembre de 2004 hasta mediados de 2005 en que la directora de turno suspende sin motivo alguno su edición.

En el 2008 cambia la denominación de la Dirección (y la estructura de su máxima autoridad de gestión) pasando a constituirse en Dirección Colegiada de Atención Primaria de la Salud, integrada por una psicóloga, una trabajadora social, una enfermera y un médico.

El primer equipo de Dirección Colegiada emitió un documento con conceptos básicos y lineamientos principales para la construcción participativa de una planificación de la DAPS basada en la estrategia de APS con perspectiva de derechos. En dicho documento dejó planteada la necesidad de cambio en la consideración de la población destinataria de los servicios: de personas con necesidades que deben ser asistidas a sujetos que abandonan su posición de beneficiarios pasivos para ser titulares de derechos. Allí también se establece que el Estado es el principal agente obligado a respetar, proteger, promover y garantizar esos derechos.

En dicho documento se planteaba una propuesta político-sanitaria en tres dimensiones:

1. La dimensión ética: considerar a la salud como un derecho humano fundamental e incorporar un principio de justicia social (salud para todos).

2. La dimensión política: considerar a la salud un espacio de construcción de ciudadanía, propiciando la participación ciudadana y el protagonismo social.

3. La dimensión sistémica: la organización de los servicios de salud a través de la reorientación de los mismos con criterio de promoción, un modelo de atención integral, calidad de la atención y sostenibilidad de las transformaciones. Tal propuesta político-sanitaria quedó como expresión de deseos de una gestión a la que las corporaciones de siempre –ligadas al tradicional y ya anacrónico modelo médico hegemónico dejaron prosperar. Así como el título de este trabajo lo indica, sólo se trata de un posible relato, el considerado como “verdad histórica” por las fuentes informativas y por los productores del mismo. Seguramente habrá otros posibles relatos a la espera de ser escritos y publicados...

Mgter. Dionisio F. Egidos. Á

rea de Comunicación Institucional y Comunitaria DAPS.

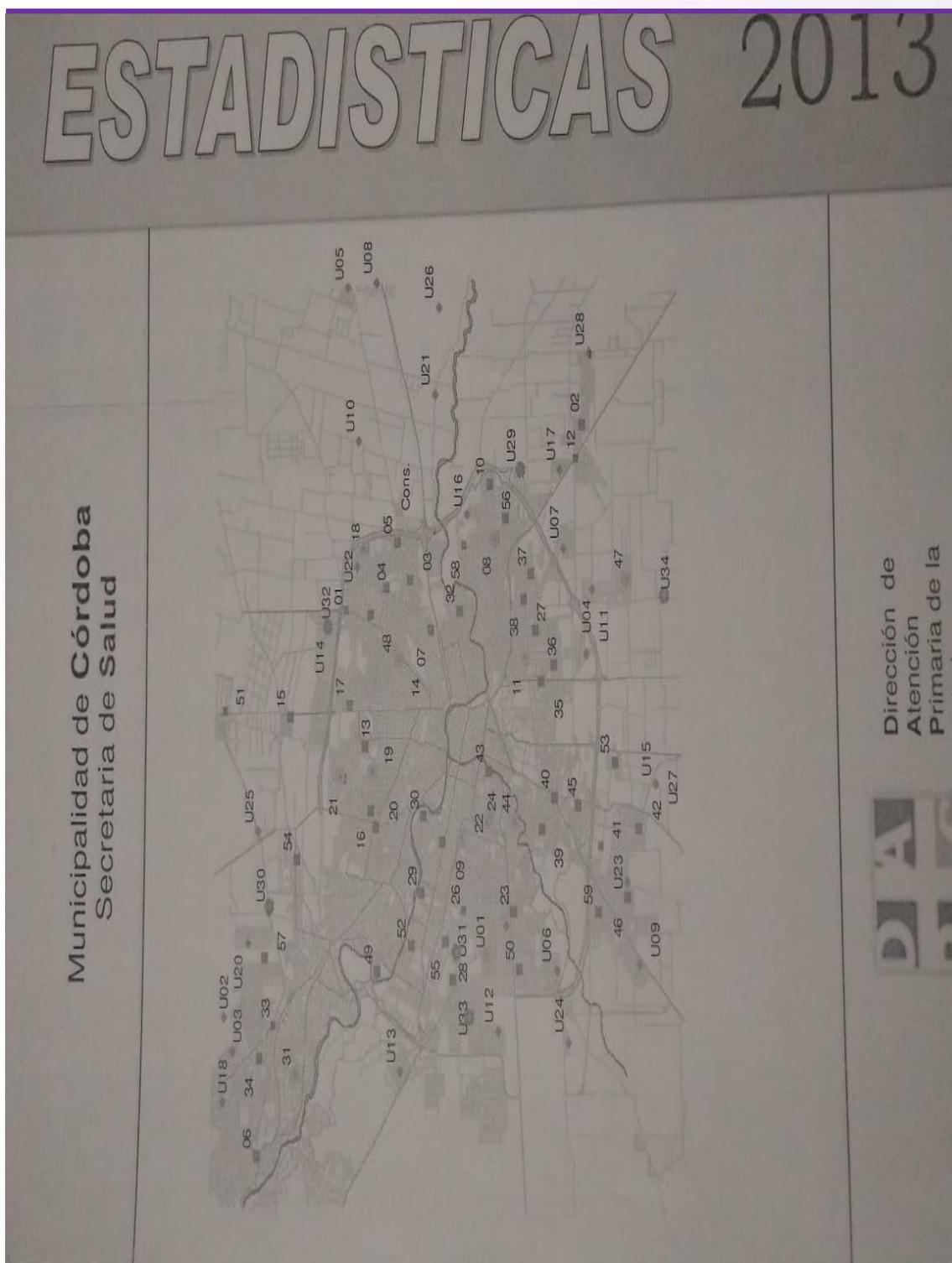
Mgter. Alicia E. Greco. División Salud Mental DAPS.

Córdoba, octubre de 2011.

Fuentes utilizadas:

- Power Point realizado en oportunidad de la conmemoración de los 30 años de la DAPS en coautoría de: los médicos Marcelo Chauvet; Gustavo Martínez; Susana Floridia y Gustavo Serra y el ing. Javier Roca del Dpto. de Estadísticas de la DAPS. (2004).
- Entrevista al Méd. Gustavo Martínez en Revista PROAPS (2006).
- Documento para ser trabajado participativamente con los trabajadores de la DAPS. 1era. Dirección Colegiada (Mgter. Alicia Greco – Lic. Ma. Mercedes Laje – Mgter. Juana Sigampa – Dr. Carlos Gatti )2008.
- Entrevistas realizadas a profesionales del nivel intermedio de decisión y de todas las disciplinas de la DAPS (2011).

Anexo N° 3:



Anexo N° 4:



Anexo N° 5:



## Anexo N° 6:

### Sistematización de las efectoras de la salud a cargo de las Consejerías pre y post aborto

El 10 de abril de 2018 se presentaron los datos recolectados de mujeres, a quiénes atendieron durante estos últimos años en el Centro de Salud N° 57.

Efectora de la salud 1: Bueno, en realidad habíamos empezado con una sistematización media vaga allá por el año 2012. Eh, bueno, han ido cambiando las formas de registrar... eh, por eso las que pudimos sistematizar bien son las del 2017, más o menos en el 2012 pudimos registrar, porque en realidad veníamos haciendo algunos acompañamientos.

En el 2012, hicimos como ocho acompañamientos pre y post aborto, Después, en el 2013 figuraban 2, en el 2014 4, en el 2015 17 y ya en el 2016 que empezamos a sistematizar con la ficha de las Socorristas ya habíamos hecho 52 acompañamientos y en 2017 tenemos...

Efectora de la salud 2: Sistematizado porque hay un montón que no entraron...

Efectora de la salud 1: Porque no sabíamos...

Efectora de la salud 2: No. Porque por ej. el xxxxxx hacia y no sabíamos.

Efectora de la salud 1: Claro y en el 2017 que hicimos una parte del año con la ficha de las Socorristas. Eh, después sumamos el SI aborto de junio, porque empezamos el trabajo de investigación de aborto de la OPS y ahí tenemos registrados que hicimos 49 acompañamientos. Pudimos sistematizar 49 historias clínicas porque había tres que estaban incompletas y estás 49 mujeres que estaban, que accedieron al acompañamiento pre y post, 5 continuaron con el embarazo. Así que, por eso sistematizamos menos del número que vinieron. Es un dato interesante de que de 49 que vinieron a recibir el acompañamiento, 5 recibieron la información y continuaron con el embarazo y después creo que de las 5 le hice yo el seguimiento, eran todas pacientes mías.

-Bueno ¿Cómo se enteró del espacio del acompañamiento?

Eh tenemos esto (muestra la ficha del SI ABORTO es una ficha de la salud que se usa en toda Panamericana).

Bueno y anotamos unos datos extras arribas siempre del margen como... ¿Usted cómo se enteró? y ¿Qué profesional lo atiende? Anotamos eso, porque no está en la ficha

está. Bueno, en ¿Cómo se enteró del espacio del acompañamiento? Nos sale que el 36,58 % o sea que 15 mujeres se enteran del espacio por un profesional del equipo de salud, después sigue el referente no territorial: 10 mujeres y el 25% más o menos, o sea de afuera del barrio y las mujeres que acceden al acompañamiento derivadas por mujeres del territorio son un 15% de las 41, 6 mujeres que son del territorio.

Estas 6, no todas habían interrumpido el embarazo, algunas sí. pero otras habían acompañado y el 4, 8% que fueron 2 se enteraron por los afiches, gráficas de la sala de espera y 1 que no nos acordamos, era por otra forma.

Por otro lado... dice los referentes que derivaron fueron las mujeres de la Red de Abogadas feministas, otras ONG feministas, La Colectiva, el Programa Municipal de ITS, ex alumnos de la Universidad Católica y amigos del personal de equipo, entre otros.

Disciplina que acompañó en al momento de Consejería de pre y post: Tenemos medicina unas 40 mujeres fueron acompañadas por medicina y 27 por psicología, 4 por enfermería, 1 por T.S, 0 odontología, 0 nutrición.

Dice la mayoría de los acompañamientos, en la mayoría de los acompañamientos, las mujeres eligieron ser acompañadas por dos profesionales de diferentes disciplinas 78% de los acompañamientos, en tanto que los diferentes motivos, por ej., falta de profesionales, dificultad en coordinación de horarios por elección de las mujeres en 9 situaciones que un 22% fueron acompañadas sólo por disciplina médica, el 97, 56% de los acompañamientos estuvo presente la disciplina de medicina.

Bueno el grupo etario que preguntábamos en los adolescentes, los jóvenes, menos de 15 años 1 sola joven vino; de 15 a 19 años 5 mujeres. El grosor de la muestra se lo lleva las mujeres de 20 a 34 años de edad, son 24 casos, y es el 58% del total eso es lo que nos salió del trabajo de la OPS. Y después tenemos 11 mujeres de 35 a 44 años, o sea, que el segundo grupo importante que sigue son las de 35 a 44. En total del 20 a 44 es el 75%, 80% de la muestra frente a este grupo, coincide por ahí lo que decían ustedes de las adolescentes (se refiere a lo que expusieron las estudiantes de T.S).

Efactor de la salud 3: Ahí te das cuenta el mito que hay sobre los embarazos adolescentes...

Efactor de la salud 1: No creo, más bien no llegan al Centro porque les da vergüenza...

Efactor de la salud 3: Si, pero en las representaciones se ve los embarazos como proyecto de vida, pero te das cuenta que más adelante deciden otra cosa, por eso digo, que el mito es que es deseado en la adolescencia, cuando es al revés...

Efectora de la salud 2: Claro, la representación que tiene el embarazo a una edad y en la otra cambia...

Efectora de la salud 4: Y si, es lo que hoy hablábamos sobre la edad, el proyecto de vida es algo cultural y también económico porque a veces no hay otras opciones...

Efectora de la salud 2: Sí, me parece que el problema creo que es, esto que aparece como el deseo sexual se construye socialmente y si no hay otras opciones...eh, el deseo de hijo, todos buscamos sentidos en esta vida de mierda (así dicen).

Efectora de la salud 1: Según el domicilio de residencia de las mujeres que concurrieron a la consulta por aborto se puede observar que 22 mujeres el 53,75% eran de nuestra área programática. Después, recibimos de Capital, pero de otros barrios 12 mujeres o sea el 29%; del interior de Córdoba recibimos a 6 mujeres que es un 15%, y de otra provincia vimos 1 y de otros países todavía no llegamos (se ríen el equipo de salud).

Bueno, el nivel de estudio alcanzado con primarias completas teníamos 4; primario incompleto 2; secundario completo 7 y secundario incompleto 11 con gesta previa. Y con ingesta teníamos 4 con secundario completo, secundario incompleto 2 y terciario universitarios 10 mujeres; dice 16 mujeres el 39% eran nuligestas es decir de 39 mujeres que accedieron a la consulta eran nuligestas y con mayor es decir con secundario completo, universitario...

Efectora de la salud 4: O sea, se puede decir con mayor educación con mayor poder para decidir, decidían las que no querían tener hijos con mayor nivel educativo.

Efectora de la salud 1: Después el 78% de las mujeres eran solteras y después seguían la unión estable 14, 63%, o sea, la mayoría soltera, 32 mujeres de las 41 solteras.

Abortos previos en antecedentes que vos no podés discriminar si es un aborto espontáneo o aborto producido de 29 solo 12 mujeres tenían antecedentes.

Eh hijos previos bueno... Antecedentes de hijos vivos 16 mujeres no tenían hijos. Embarazo planeado 0, no planeado 100%.

Métodos anticonceptivos que utilizaban las mujeres al momento de acceder al acompañamiento por Interrupción Legal del Embarazo 56% de 23 mujeres no usaban métodos, tenemos un 24% que usaba hormonal, 10 mujeres estaban usando hormonal; 5 mujeres usaban de barrera, 1 tenía el DIU y dos mujeres habían accedido al acto de emergencia y le falló.

De las 22 mujeres acompañadas del territorio que retiraban los anticonceptivos del Centro de Salud N° 57...9, el 40% no usaban métodos... es mucho; 6 mujeres usaban así, pero por uso discontinuo del método, olvido de la fecha de colocación y suspensión

del método por amenorrea quedaron embarazadas; 3 mujeres usaban ACO y fallo el método, igual que 2 mujeres que tenían colocado el DIU y 1 que usaba preservativo y 2 que habían usado la pastilla de emergencia.

Efectora de la salud 4: ¿Y a las que no acceden por falta de continuidad en la entrega? ¿Está ese dato?

Efectora de la salud 1: No, lo que pasa es que nosotras pusimos lo que no usan.

Estudiante 2: ¿Y las que no usan algún método se puede asociar a la violencia?

Efectora de la salud 2: Y si, ahí había una violación, una de las situaciones fue por violación.

Efectora de la salud 1: Bueno sigo, así término... el número de mujeres que accedieron a la consulta de acompañamiento según la semana de gestación...

Efectora de la salud 2: Eso es que ya volvemos a toda la muestra, ahora volvemos a toda la gente que no es de este barrio.

Efectora de la salud 1: El grupo de las mujeres que accedió fue de a la semana 7 12 mujeres, y de 6 semanas 8 mujeres, es decir que el 50% de la muestra de la semana 6 y 7. Hay una mujer que cursaba 20 semanas y otra de 23 semanas y una joven que cursaba 13 semanas. La mujer que cursaba 23 semanas de gestación, era un embarazo con diagnóstico de acefalia que llega de otra provincia y consulta de casualidad porque estaba acompañando a su hija que venía a hacer una interrupción del embarazo porque había sido abusada, tenía una denuncia por abuso, fueron 2 por violación, otra fue acá en el territorio.

Efectora de la salud 2: En la consulta que estábamos atendiendo a la joven por abuso que estaba interrumpiendo la madre le pide que xxxxxx (xxxxxx) vea la ecografía donde se podía ver que decían anencefalia, pero estaba en color flúor, estaba 23 semanas y nadie le dijo que podía interrumpir.

Efectora de la salud 1: Costo igual. En el Neonatal estuve tres días de guardia para acompañar y la historia clínica nunca nos dieron.

La joven con 20 semanas de embarazos tenía 14 años y había realizado un tratamiento cuando el embarazo no estaba avanzado, esa joven es de acá del barrio, por discontinuidad de la eco y porque se le había dado turno por para la eco el 33 estaba roto, accede a la eco en la semana 23 y termina realizando tratamiento sola en su casa, solamente sabíamos los del Centro de Salud, con misoprostol, resuelve sola con tratamiento ambulatorio, monitoreó constante y contacto telefónico por parte del equipo de salud.

Bueno, la diferencia que hay de que la mujer consulte desde la primera vez hasta que accede al procedimiento tenemos una demora, la mayoría de las mujeres demoran de 1 a 5 días en acceder a la medicación, pero en el otro extremo tenemos mujeres que demoraron... una mujer que demoró de 1 a 25 días y 2 mujeres que demoraron más de 26 días, o sea estamos hablando de un mes.

Si bien 9 mujeres consultaron antes de las 7 semanas y debieron esperar después de la misma para realizar el tratamiento efectivo, vemos como dificultad la no provisión por parte del Estado esta medicación ya que en caso de abuso sexual que tuvimos dos casos que acompañamos con xxxxxx (xxxxxx), en uno se hizo cargo el intendente del pueblo porque venía del interior y él mando todo el dinero y se compró la medicación.

Ni en el caso de abuso sexual que fue acá en nuestro territorio, ni en el caso de anencefalia que también se enteraron, llegó a la Provincia...ni la Provincia, ni la Municipalidad se hizo cargo del tratamiento.

Las mujeres deben realizar un camino largo hasta poder juntar el dinero, como vender objetos personales. Una mujer de acá del barrio vendió su caballo para comprar el misoprostol, otras esperaron semanas, depósitos de la asignación universal (eso lo ponemos porque lo repiten mucho), otras lo sacaron en cuota con la tarjeta de crédito.

Se sumó a este obstáculo, el problema a la accesibilidad en la red de farmacias ya que no está disponible en todas las farmacias y en muchos casos se piden duplicados de recetas, recetas que sean de ginecólogos, se le hacen preguntas entre otras cuestiones que iban contando las mujeres.

Al momento del acompañamiento el 61% 25 mujeres estaban solas y solamente 4 vinieron con sus parejas, eh, 5 mujeres estaban acompañadas por otras personas, que generalmente, 5 y 7 estuvieron acompañadas por familiares y amigas... vienen con mujeres las mayorías, es muy raro que vengan con las parejas.

De las mujeres que decidieron continuar con el embarazo fueron 5 con el 10% que decidieron continuar con el embarazo.

El método utilizado 100% en todos los casos como primera elección fue el tratamiento ambulatorio, también le ofrecimos la MEU en el Consultorio de Salud Sexual Integral o sea que 29 mujeres del 70% fue medicamentoso, 5 mujeres tuvieron legrado y 3 mujeres AMEU, una que fue internada por el caso de anencefalia y de la otra no tuvimos datos.

De las 3 mujeres que realizaron el aborto con AMEU fue de segunda elección porque había tenidos problemas con el tratamiento medicamentoso, le había salido

lesiones bucales y nauseas u vómitos, y ella elige por su cuenta realizar una intervención tras quedar restos después de que le hicimos la eco.

De 5 mujeres que resolvieron con legrado, habían realizado en primer instancia un tratamiento medicamentoso, 4 quedaron con restos y acudieron tras la presentación de signos de alarmas que se le da en el acompañamiento pre, por ej.: que si cambia cuatro toallitas en dos horas tiene que ir a la guardia, ellas fueron a la guardia... una mujer con un embarazo de 11 semanas tras la toma de cuatro pastillas tuvo una hemorragia por qué acude al Centro de Salud, fue asistida y se le vio de manera oportuna en el Hospital Neonatal, dónde se le hizo un legrado.

En los casos en que las mujeres han concurrido a la guardia, que pasa no comparten con el equipo de la guardia que habían realizado un tratamiento medicamentoso para la IVE, por lo que la conducta y que pasa en vez de esperar de repetir con misoprostol con una dosis más directamente se le interna y se le hace un legrado.

Creemos que buena parte de las mujeres que van a legrado es por eso... creemos porque no lo cuentan, nosotras cuándo hablamos en la Consejería la consulta previa decimos que el aborto se trata igual para espontáneo o provocado. Entonces, no lo cuentan si no que tienen una conducta expectante donde van a quirófano a legrado. Y una mujer fue internada por embarazo con anencefalia con el tratamiento medicamentoso inducción sin analgésico... eso está en todas las guías internacionales, cuando vos internas a una mujer y le pones el oxaprost al que darle analgésicos que esté indicado por la OMS.

Efectora de la salud 2: En la guía *El aborto sin riesgo* de la OMS indica que en las APS haya misoprostol y haya analgésicos.

Efectora de la salud 3: Pero de todas formas vienen con analgésicos los misoprostol.

Efectora de la salud 1: No, pero cuando el embarazo está avanzado se debe indicar analgésicos como fue el caso de la mujer que estaba de 23 semanas lo que le hicieron fue violencia obstétrica. Entonces, las APS. deberían tener estos medicamentos. En Chubut tienen el kit donde le dan el miso y tramadol que es un medicamento más fuerte que lo que tenemos habitualmente en el Centro de Salud.

Efectora de la salud 2: En ciudad autónoma de Buenos Aires hay 49 centros de salud, 46 tienen equipo que hacen IVE y a pedido de los equipos el Estado le da la medicación actualmente.

Empezaron en diciembre del 2014 y hoy yo lo pregunto en la Red a propósito el Estado los equipos de primer nivel de atención pasa esto porque avanzaron los equipos,

se avanzó en Morón, hay lugares donde ya lo están fabricando. Empezó desde el 2014 lo que lograron es que no se los saquen y se aumentó y se sostuvo. Yo en una marcha me encontré con una médica de allá y me contó.

Efector de la salud 3: Bueno xxxxxx (xxxxxx) ¿Ya está? Necesitan retirarse el resto.

Con los datos de las chicas (estudiantes T.S) y los datos sobre IVE, más lo que hicieron en los colegios secundarios en el 2017, todo eso nos sirve para hablar en la próxima reunión para que pensemos acciones y planifiquemos el 2018 sobre Salud Sexual y Reproductiva, incluyendo en SS la IVE, cómo nos capacitamos, quiénes, cómo nos organizamos para SS juntos, a todo esto, que surge de las sensaciones de la gente.

Efectora de la salud 1: Últimos datos y nada más...

Cómo siguió el tema con los métodos anticonceptivos eh, de las 22 mujeres que continuaron atendándose en el Centro de Salud N° 57...8 están con implantes, dos con ACO, una con ASI, una con DIU y sin método una sola, o sea que de ese 40% que había venido al 57 sin método, actualmente 60% están con métodos.

Hay unas que no están en parejas y no están usando ningún método. Por último, un dato nuevo es que van a llamar al Centro de Salud porque hicimos una plaquita y difundimos para que nos llamen seguro van a pedir por xxxxxx (xxxxxx), xxxxxx (xxxxxx), o por mí para preguntarnos los días y horarios que nos pueden encontrar.

A las 14hs se terminó la reunión con el equipo de salud, el tiempo de grabación fue 1:29: 23 hs.

Anexo N° 7:

Sistematización y acompañamiento para la interrupción de embarazo, 2018, en Centro de Salud N° 57, Argüello IPV, Córdoba Capital

Consultas para asesoramiento, disminución de riesgos y daño e ILES durante el año y quiénes referenciaron:

0800 MINISTERIO DE SALUD	25	25%
EQUIPO 57	23	23%
CONSULTANTE ANTERIOR	15	15%
RED DE MUJERES (LA COLECTIVA, FEMINISTAS T.)	15	15%
OTROS EQUIPOS DE SALUD	7	7%
NOTA LA VOZ DEL INTERIOR	6	6%
SOCORRISTAS	3	3%
CARTELERÍA	4	4%
ALUMNOS UCC	2	2%
<b>TOTAL CONSULTAS</b>	<b>100</b>	

**SE RESOLVIERON 64 SITUACIONES EN EL CENTRO DE SALUD 57  
EL RESTO FUERON RESUELTAS A TRAVÉS DE ARTICULACIÓN CON LA  
RED, de las derivadas por 0800 se resolvieron 10 situaciones en nuestro CS.**

Sistematizamos 64 historias clínicas.

Disciplina que acompañó en el momento de la Consejería pre y post o ILE:

<b>PSICOLOGÍA</b>	<b>ENFERMERÍA</b>	<b>MEDICINA</b>	<b>ODONT.</b>	<b>NUTRICIÓN</b>	<b>TRABAJO S.</b>	<b>ALUMNOS UCC</b>
<b>13</b>	<b>2 *</b>	<b>64</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>15</b>

\*Centros de salud de Barrio Cortaderos (1) e IPV (1)

Edad de las mujeres acompañadas:

<b>GRUPO ETAREO (EN AÑOS)</b>	<b>TOTAL CASOS</b>	<b>%</b>
<15	0	0
15-19	7	11%
<b>20-34</b>	<b>46</b>	<b>72%</b>
35-44	11	17%
45-49	0	0
>49	0	0
<b>SIN DATOS</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Según el domicilio de residencia:

De las Mujeres que concurrieron a la consulta por aborto se puede observar que:

<b>PERTENECIENTES AL ÁREA PROGRAMÁTICA</b>	<b>DE CAPITAL, PERO DE OTROS BARRIOS</b>	<b>DEL INTERIOR DE CÓRDOBA*</b>	<b>DE OTRAS PROVINCIAS</b>
<b>15</b>	<b>34</b>	14	1

23%	53%	22%	2%
-----	-----	-----	----

\*Bell Ville, Cura B., Parque Montecristo, Mendiolaza, Villa Allende, C. Paz, Alta Gracia, Villa del Rosario, J. Celman, Rio 3, Rio Ceballos, Toledo, Saldan.

Nivel de estudio alcanzado:

	PC	PI	SC	SI	UNIVER./TERCIARIO
CON GESTAS PREVIAS		7	10	15	10
NULIGESTAS		1	2	4	15

El 65% de las mujeres tenían gestas previas.

Estado civil:

CASADA	UNIÓN ESTABLE	SOLTERA	OTRO
5	19	29	11
8%	30%	45%	17%

Antecedentes de abortos previos:

0	1	2	3 o más	SIN DATOS
45	14	3	2	

Antecedentes de hijos vivos:

0	1	2	3 o más	SIN DATOS
27	10	13	4	0

Embarazo planeado:

SI	<b>NO</b>
0	<b>64 mujeres</b>
	<b>100%</b>

Aborto legal (ILE o Disminución de Riesgos y daños):

<b>64 MUJERES</b>	<b>100%</b>
-------------------	-------------

Método anticonceptivo que utilizaban las mujeres al momento de acceder al acompañamiento para interrupción legal del embarazo:

<b>NO USABA</b>	HORMONAL	BARRERA	DIU	ACO EMERGENCIA	NATURAL
<b>25</b>	11	17	0	8	3
<b>40%</b>	17%	26%	0	12%	5%

De las 15 mujeres acompañadas del territorio, que retiran métodos anticonceptivos en nuestro centro de salud 3 (20%) NO usaban métodos.  
6 mujeres usaban método de barrera, 5 mujeres usaban hormonal, y 1 mujer, por ruptura de preservativo había usado ACO de emergencia.

Número de mujeres que accedieron a la 1er consulta de acompañamiento según semanas de gestación:

5 SEM	6 SEM	<b>7 SEM</b>	<b>8 SEM</b>	9 SEM	10 SEM	11 SEM	12 SEM	14 SEM	15 SEM	16 SEM	17 SEM
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
5	7	<b>15</b>	<b>16</b>	6	5	4	2	1	1	1	1

		23%	25%							
--	--	-----	-----	--	--	--	--	--	--	--

Diferencia en días desde la primera consulta a la accesibilidad al tratamiento medicamentoso:

<b>1 a 5 días</b>	6 a 10 días	11 a 15 días	16 a 20 días	21 a 25 días	26 o más	Sin datos
<b>37</b>	13	4		1		

1 mujer tuvo un aborto espontaneo.

2 mujeres optaron por AMEU (lo hicieron en consultorio privado y debieron abonar) y 1 mujer pagó a un médico un legrado.

Acompañamiento al momento de la consulta:

<b>SOLAS</b>	PAREJA	OTRO	FAMILIAR
<b>33</b>	11	7	13
<b>51%</b>	17%	11%	21%

Mujeres que después de la consulta decidieron continuar embarazo:

<b>5</b>	<b>8%</b>
----------	-----------

Método utilizado:

**84% (54)** de las mujeres utilizó de **primera elección** tratamiento medicamentoso para realizar interrupción ambulatoria.

**3% (2)** de las mujeres eligieron AMEU de **primera elección** y debieron abonar (Consultorio de Salud Sexual Integral) para acceder a dicha intervención, ya que NO se realiza en el sector público.

**3% (2)** mujeres como **segunda instancia** tras tratamiento medicamentoso fallido accedieron a AMEU para resolución final (1 mujer en Hospital Rawson y otra mujer en Consultorio de Salud Sexual Integral, que debió abonarlo).

8% (5) mujeres decidieron continuar el embarazo después de la consulta.

2% (1) una mujer tuvo un aborto espontáneo.

Método de resolución final del Aborto:

<b>MEDICAMENTOSO</b>	AMEU	LEGRADO	ABO ESPONTÁNEO
<b>46</b>	4	8	1
<b>78%</b>	7%	14%	2%

Las 8 mujeres que resolvieron con legrado, utilizaron de primera instancia tratamiento medicamentoso, tras la presentación de *signos de alarma* acudieron a la guardia.

4 legrados se practicaron en Hospital Neonatal, 2 en Sanatorio Allende, 1 en Hospital de Bell Ville y 1 en otra Clínica Privada de Córdoba.

1 sola mujer recibió contención en Hospital Neonatal, y refirió *que la atendieron muy bien*, ya que la médica le preguntó si había interrumpido el embarazo y ella pudo contarle.

Además, se dio el alta voluntario porque *no tenía con quien dejar a sus hij@s*.

Inicio inmediato de ACO por edad:

INICIO	SI	NO	SIN DATO
<15			
15-19	4		2
20-35	31		11
>35	9		2

Inicio de MAC:

	MAC PREFERIDO	MAC ACCEDIDO
ACO	12	12

ACI	7	7
IMPLANTE	4	4
OTRO HORMONAL		
OTRO BARRERA		
CONDÓN	6	6
DIU	11	11
EQV MASCULINO	0	0
EQV FEMENINO	1	1
ABSTINENCIA		

De las mujeres que eligieron y están usando ACO, 3 recibieron muestras por 1 año. 1 mujer que eligió ACI, el 1º mes se colocó ACI, y el segundo NO pudo colocárselo porque no había jeringa. De las 4 mujeres que eligieron implantes, 2 debieron pagarlo en el sector privado. 2 mujeres están usando preservativo, hasta acceder a LT.

#### Historias de mujeres

- Una mujer con 6 gestas previas y 4 abortos previos, de los cuales 1 fue provocado, relata que había puesto en riesgo su salud, porque un médico fue a su casa a practicarle un aborto y cuando se complicó, se fue. Estuvo internada en UTI por una semana por infección. “No quiero pasar por lo que ya pasé, por lo que me animé a consultar”.
- “Tengo miedo que no funcione y me dé vómitos, estoy cagada hasta las patas”.
- Una mujer postratamiento “me siento super aliviada”.
- “Estoy muy tranquila, me va a acompañar mi hermana, quien ya acompañó otra situación similar (...) gracias a Dios ya está todo resuelto”.
- Una mujer refiere “pague dos veces 500 pesos a una mujer de Alberdi, que me puso medicación vaginal y elimine unos pocos coágulos”.

- Una mujer respecto a la atención en Hospital privado y la consulta por IIE: “Cuando vi que me atendieron bien me largué a llorar, porque no lo podía creer”.
- *Hola dra. Ya expulsé todo.* “Estoy menstruando, muchas gracias Dra. Es una luz, me siento tan contenta (...) tan feliz (...) me salvó el dolor que sentía, muchas gracias, las quiero (...)”.
- “Las gracias infinitas nuestras, pero infinitas. Ojalá salga de una bendita vez (la ley), así sea parchada (...) es terrible lo que se sufre, y uno encima pude hacerlo (...) imagínate las que están totalmente indefensas”.
- Una mujer postratamiento: “Me siento que soy yo, otra vez”.
- Una mujer, respecto del momento en que se hace la eco post: “Es como si no hubieras tenido nada, y yo no le quería contar nada, porque hacía caras (...) y por dentro mío decía (...) que alivio”.

#### Apreciaciones

- En el año del debate en el Congreso de Nación, sobre la Legalización de la Interrupción de Embarazo en nuestro país, se incrementó la consulta por ese problema de salud, ya que en el año 2017 habíamos recibido 49 consultas aproximadamente, y en 2018, recibimos alrededor de 100.
- Comenzamos a articular con 0800 de Salud sexual del Ministerio de Salud de Nación, por lo que muchas derivaciones que recibimos de otras localidades de la provincia de Cba., nos llegan por esa vía.
- Por primera vez, alumnos de Practica Final Obligatoria de Medicina, Universidad Católica de Córdoba, se forman en espacios de acompañamiento para IIE.
- Fuimos invitados en diferentes medios de comunicación, donde se difundió el espacio de acompañamiento con mayor impacto.

#### Obstáculos

- En NINGÚN caso el estado, efectuó compra de medicación.
- Dificultad en articular con 2do nivel las derivaciones, y atención sin perspectiva de derechos que dificulta el vínculo de las mujeres con los profesionales de la salud.
- El legrado continúa siendo la práctica de elección para resolución de abortos incompletos.
- Discontinuidad en la accesibilidad a ecografía.
- Discontinuidad en provisión de métodos anticonceptivos.

Anexo N° 8:

**Info Aborto Seguro y Libre.**  
Socorro Rosa Córdoba  
0351-155288977  
www.socorristasenred.org  
(feministas que abortamos)

**SABÍAS QUE INTERRUPTIR UN EMBARAZO ES LEGAL SI :**

- \* ES PRODUCTO DE UNA VIOLACIÓN
- \* ESTA EN RIESGO TU SALUD :

PODES CONSULTAR EN ESTE CENTRO DE SALUD, o EN :

- ✓ SOCORRO ROSA 0351-155288977
- ✓ SOCORRISTAS CORDOBA HILANDO 0351-153712454
- ✓ CONSULTORIO SALUD SEXUAL INTEGRAL 4226320

CONSULTA ES CONFIDENCIAL NO PONGAS EN RIESGO TU SALUD.

**Si fuiste violada y quedaste embarazada tenés derecho a un aborto legal en el hospital o en el CENTRO DE SALUD**

Si te piden la orden judicial o la denuncia penal te están negando un derecho y cometiendo un delito.

A alcanza con tu palabra y tu firma en una declaración jurada

**CONSULTA EN ESTE CENTRO DE SALUD !!**

Socorristas en Red  
(feministas que abortamos)

www.socorristasenred.blogspot.com.ar



Anexo N° 10:





Anexo N° 11:

**!!!TU SALUD SEXUAL ES IMPORTANTE!!!  
EN EL CENTRO DE SALUD N.º 57 TENÉS...**

- **Anticonceptivos: pastillas, preservativos, inyecciones. Búscalos de lunes a viernes de 11:00 a 17:30 hs.**
- **Anticonceptivos de emergencia. Búscalos de lunes a viernes de 8:00 a 17:30 hs.**
- **DIU, implante subdérmico, vasectomía, ligadura tubaria. Saca turno con tu médico/a de confianza de lunes a viernes de 8:00 a 17:30 hs.**
- **Controles Ginecológicos: PAP. Saca turno con tu médico/a de confianza de lunes a viernes de 8:00 a 17:30 hs.**
- **Información y asesoramiento en salud sexual: Pedí información y sácate tus dudas charlando en el centro de salud en una consulta privada y confidencial con algún integrante del equipo de salud de tu confianza. Acércate de lunes a viernes de 8:00 a 17:00hs.**
- **Información y asesoramiento confidencial. En situaciones de embarazos no buscados:  
Saca turno de lunes a viernes de 8:00 a 17:30 hs. Con algún integrante del equipo de salud de tu confianza.**
- **Espacio de Asesoramiento y Difusión sobre los Derechos Sexuales y (no) Reproductivos: a cargo de estudiantes de 5º año, de la Carrera Licenciatura En Trabajo Social: Conoce tus derechos, Métodos anticonceptivos, Infecciones de transmisión sexual, !!!Sácate tus dudas!!!  
Estamos todos los jueves de 10: 00 hs. a 13:30 hs. en sala de espera.**
- **Testeo: Infecciones de Transmisión Sexual. El primer viernes de cada mes en el centro de salud, de 9: 00 a 11:00 hs.**

**Teléfono útil: 0800-222-3444 (Línea Salud Sexual).**

**El Centro de Salud está abierto de lunes a viernes  
De 8:00 a 18 hs. Acércate, *el Centro es de TODAS Y TODOS!!!***

## Anexo N° 12:

### Un dictamen por la despenalización

La ONU emitió un pronunciamiento sobre el derecho al aborto, cuya aplicación tiene rango constitucional en el país. Después de más de seis años de discusión, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que determina la interpretación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, dictaminó sobre las obligaciones de los Estados en cuanto a la salud sexual y reproductiva. Puntualmente, estableció que *la criminalización del aborto y las barreras al acceso son violaciones a la obligación de respetar el derecho a la salud*. La jurista Cecilia Hopp analizó los alcances del dictamen para la Argentina: *En definitiva, de manera inmediata Argentina tiene la obligación de garantizar el acceso a los abortos no punibles, de acuerdo con las leyes vigentes, pero también tiene el deber de legalizar el aborto a demanda porque la criminalización y cualquier obstáculo para el acceso al aborto son discriminatorios y constituyen violaciones al derecho a la salud de las mujeres. El Estado argentino está obligado a modificar leyes y políticas para cumplir con las obligaciones del tratado*.

El Comité DESC ya se había pronunciado a través de una *Observación General* – técnicamente se denominan así sus recomendaciones– pero resolvió ampliar su mirada con otro comentario, el número 22, sobre las obligaciones de los Estados para garantizar ese derecho, en relación a la salud sexual y reproductiva.

El órgano de la ONU aclara que el derecho a la Salud Sexual y Reproductiva no es solamente una parte integral del derecho general a la salud, sino que está fundamentalmente vinculado al disfrute de otros derechos humanos, incluidos los derechos a la educación, al trabajo a la igualdad, así como los derechos a la vida, a la privacidad y a la autonomía individual.

Entre otros puntos, señala:

- La criminalización del aborto y las barreras al acceso son violaciones a la obligación de respetar el derecho a la salud.
- El derecho a la información incluye a la información sobre aborto seguro y pre y post aborto.
- La calidad del acceso a la salud implica que no se impida el acceso al aborto con medicamentos.

- El derecho a la salud y la igualdad de las mujeres implica la derogación de leyes restrictivas sobre aborto y acceso a servicios de aborto seguro y prevención del aborto inseguro.

- Los Estados partes están obligados a eliminar la discriminación en sus leyes: un ejemplo de discriminación es la criminalización del aborto. También deben derogar normas que impongan requisitos como la autorización judicial o de terceras personas para el acceso al aborto.

- Los Estados parte tienen obligación de garantizar el acceso al aborto seguro.

- Es una obligación mínima la prevención del aborto inseguro.

*Según este documento, Argentina está obligada en forma inmediata a prevenir abortos inseguros y, por tanto, debe garantizar el acceso al aborto seguro. Además, el comité consideró que las leyes que criminalizan el aborto son discriminatorias, así como también aquellas que restringen u obstaculizan el acceso. Otro punto muy relevante tiene que ver con la necesidad de asegurar el acceso al aborto con medicamentos. A partir de esta opinión del Comité DESC, Argentina está obligada a aprobar el uso gineco-obstétrico del misoprostol y la mifepristona. En este sentido, los servicios de salud deben asegurar el derecho a la información, que incluye el asesoramiento sobre el uso de estas drogas para interrumpir embarazos y sobre los recaudos y controles posteriores al aborto con pastillas, detalló Hopp.*

Durante los últimos años se llevaron a cabo políticas en el país que representaron avances en el acceso a los Derechos Sexuales y Reproductivos y especialmente en el acceso a los Abortos no Punibles. Hopp explicó que el Pacto Internacional de DESC contiene una obligación muy especial: *Los Estados parte deben garantizar progresivamente el goce de estos derechos y una vez que se adquirió un nivel de satisfacción de esos derechos existe una prohibición de regresión, lo que implica que retroceder en las políticas públicas orientadas a garantizar el derecho a la salud de las mujeres implica una violación a los derechos humanos y responsabilidad internacional. En este sentido, Argentina ya fue condenada por otro Comité de la ONU por no garantizar el acceso al aborto no punible, en el caso LMR. Todo esto debe ser tenido en cuenta por el gobierno nacional y los gobiernos provinciales porque existe una obligación de dar continuidad a estas políticas y profundizarlas, advirtió la jurista.*