

Universidad Nacional de Córdoba  
Facultad de Ciencias Sociales  
Carrera de Trabajo Social

## **Mujeres, salud y ciudadanía**

Un abordaje de violencia obstétrica en el primer nivel de  
atención de la salud

Autoras:

Díaz, María Florencia;  
Rodríguez, Silvana Lorena.

Profesoras:

García, Paola (Intervención preprofesional);  
Gattino, Silvia (Redacción de tesina);  
Nicora, Valeria (Orientación temática).

Córdoba, 2018

*A Lirio, por invitarme a renacer con su llegada,  
a Javier, por su compañía  
y a las mujeres que amo, especialmente a Arcelia, Rebeca y Sabrina. (Sil)*

-----  
*A quienes me brindaron mis raíces y mis alas... Mi familia,  
A Juana, pequeña guerrera, la mujer de mi vida y de mis sueños. (Flor)*

*...anoche,  
en la oscuridad del camino que va a casa,  
preguntaste por mis partos, mis puerperios,  
y yo te conté de aquella noche  
llegando más muerta que viva al hospital.  
Largué lo que tenía atascado en la garganta  
y vos dijiste 'a mí si me hacen eso, los mato,  
te juro que los mato'. Hablábamos las dos  
de un modo nuevo, en medio del camino,  
con tu hija durmiendo en el asiento  
de atrás. Entonces me contaste  
lo que habías leído, que todo el dolor  
que guarda el útero se sana en los hijos  
de los hijos, y la resaca que guardaba  
se fue limpiando entre los saltos  
del auto sobre el ripio.*

(María Teresa Andruetto, 2017, p. 13).

## Índice

<b>Agradecimientos</b> .....	Pág.1
<b>Introducción</b> .....	Pág. 2
<b>Capítulo 1: Dimensiones de la violencia obstétrica</b>	
1.1 Precisiones legales y situaciones que implican violencia obstétrica.....	Pág. 5
1.2 Reconstrucción teórica de la problemática.....	Pág. 12
1.3 Configuración histórica de la violencia obstétrica .....	Pág. 16
1.3.1 La “cacería de brujas” en la Europa medieval .....	Pág. 16
1.3.2 La “maternalización” de las mujeres en Argentina.....	Pág. 18
1.4 La salud como derecho.....	Pág. 23
1.5 La salud sexual y reproductiva como derecho .....	Pág.27
<b>Capítulo 2: El sistema de salud como campo de intervención</b>	
2.1 El modelo médico hegemónico en la atención sanitaria .....	Pág. 32
2.2 La organización del servicio de salud .....	Pág. 37
2.2.1 Restricciones en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. ....	Pág. 38
2.3 La estrategia de atención primaria de la salud. ....	Pág. 49
<b>Capítulo 3: Intervención de violencia obstétrica en el primer nivel de atención</b>	
3.1 Fundamentos del proceso de abordaje.....	Pág. 59
3.2 Análisis institucional del centro de salud N.º 67.....	Pág. 61
3.3 Agentes de intervención: las mujeres, sus condiciones de vida y salud .....	Pág. 74
3.4 La construcción situada del objeto. ....	Pág. 79
<b>Capítulo 4: La estrategia del proceso de intervención</b>	
4.1 Las dimensiones ética y teórica.....	Pág. 83
4.2 La dimensión metodológica .....	Pág. 85
4.2.1 Los procedimientos .....	Pág. 85
4.2.2 Las técnicas y los instrumentos operativos .....	Pág. 89
<b>Reflexiones finales</b> .....	Pág. 118
<b>Bibliografía</b> .....	Pág. 124
<b>Anexos (en formato digital)</b> .....	Pág. 131

## **Agradecimientos**

*A los/las profesionales que acompañaron nuestro proceso con compromiso, sabiduría y generosidad, a las compañeras que en diferentes momentos participaron en la producción de esta tesina y a cada mujer que nos abrió la puerta de su mundo, acercándonos a sus sentidos, sentimientos, experiencias e historias. Eterna gratitud.*

## Introducción

Según el Primer índice nacional de violencia machista<sup>1</sup>, más del setenta y siete por ciento de las mujeres aseguraron haber sufrido al menos una situación de violencia obstétrica (VO)<sup>2</sup>. Aunque esta situación es histórica y naturalizada, su problematización está tomando mayor visibilidad a partir de categorías legales y teóricas que permiten nombrarla, denunciarla y analizarla como una modalidad de violencia de género.

En tal línea de visibilización se inscribe este trabajo, que es la sistematización de un proceso de intervención que tuvo como objeto de abordaje la VO en el primer nivel de atención de salud, en el marco del trabajo social. La elección por abordar tal problemática expresa la intención de aportar conocimientos acerca de esta modalidad de violencia de género, que afecta a una gran cantidad de mujeres y atraviesa diferentes espacios del campo de la salud.

El objeto de intervención del trabajo social fundamenta la necesidad de abordar la VO, si se entiende dicha problemática como un obstáculo que vulnera los derechos de salud sexual y reproductiva de las mujeres y, por lo tanto, se expresa como una restricción de ciudadanía. En tal sentido, la producción de este trabajo tiene el objetivo de aportar conocimientos acerca de las maneras en que puede expresarse la VO en el ámbito del primer nivel de atención sanitaria, a partir del proceso de intervención que se desarrolló en un centro de salud de la ciudad de Córdoba, en el marco de la disciplina del Trabajo social, durante los meses de febrero a noviembre del año 2016.

Cabe aclarar que este trabajo entiende sexo, reproducción y sexualidad como campos que se relacionan, pero que son diferentes. El primer término refiere a conjuntos de características biológicas que tienden a diferenciar a la persona humana como hombre o mujer, pero no son mutuamente excluyentes, ya que se pueden poseer ambos a la vez<sup>3</sup>. La reproducción implica los mecanismos de la procreación y el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida<sup>4</sup>. La sexualidad es un concepto más amplio que comprende al sexo, la reproducción, la actividad sexual, las identidades de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer y la intimidad.<sup>5</sup> Estas diferenciaciones se expresan en la normativa legal, cuando nombra a los derechos como sexuales “y” reproductivos, de lo cual se desprende que la sexualidad puede ser, o no, reproductiva, y que esa posibilidad compete a la decisión autónoma de las mujeres.

---

1 Información publicada en <http://chequeado.com/el-explicador/niunamenos-el-77-de-las-mujeres-aseguraron-haber-sufrido-violencia-obstetrica/>. Última revisión en 11/09/2018.

2 En adelante se usará la sigla VO en referencia a la Violencia Obstétrica.

3 Información publicada en <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf?ua=1>. Última revisión en 24/10/18.

4 Información publicada en [http://www.who.int/topics/reproductive\\_health/es/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/). Última revisión en 24/10/18.

5 Información publicada en <https://www.huesped.org.ar/informacion/derechos-sexuales-y-reproductivos/tus-derechos/que-son-y-cuales-son/>. Última revisión en 24/10/18.

En cuanto a los aspectos metodológicos generales, esta tesina fue realizada en base al proceso de intervención llevado a cabo durante el año 2016 en el Centro de salud N.º 67 (CS 67)<sup>6</sup>, ubicado en el barrio 16 de Noviembre de la ciudad de Córdoba. La estrategia de intervención incluyó la participación de mujeres en proceso de embarazo y puerperio de la comunidad y de profesionales de la salud que se vinculaban con dicha institución. En el marco de tal proceso se realizaron diversas acciones, como la planificación y ejecución de talleres, jornadas, entrevistas, registros, construcción de dispositivos de análisis, etc., las cuales conforman el núcleo metodológico de la estrategia de intervención. El proceso de producción del trabajo se nutre de lecturas teóricas y diversos espacios de discusión compartidos con estudiantes y docentes, en el marco de las prácticas preprofesionales del quinto nivel de la carrera de trabajo social y del programa de extensión universitaria “Mujeres, diversidad sexual, salud y derechos”, que articula en un trabajo conjunto a la Facultad de Ciencias Sociales y a la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba.

El desarrollo del trabajo está dividido en cuatro capítulos. El primero reconstruye diferentes dimensiones de la problemática para su análisis y entendimiento: una dimensión jurídica, que aborda la definición legal y algunas situaciones que implican VO. Una dimensión teórica, que estudia la dinámica de la VO a partir de categorías analíticas, y una dimensión histórico-política, que reconstruye las intervenciones sociales estatales en los procesos sexuales femeninos, referenciando diferentes lugares y momentos de la historia.

El segundo capítulo describe las principales características del sistema sanitario argentino y analiza los condicionamientos y las oportunidades del campo de salud para un proceso de intervención que aborde la VO.

En el tercer capítulo se expone el análisis del escenario, de los fundamentos y de los elementos de este proceso de intervención, los cuales han sido construidos de manera situada para el abordaje de la VO en el primer nivel de atención.

El cuarto capítulo aborda la estrategia de intervención, desarrolla las dimensiones ética, teórica y metodológica que constituyen el proceso. La dimensión metodológica nombra y describe las herramientas mediante las cuales se llevó a cabo el abordaje, para luego evaluar el proceso de intervención.

Por último, en la reflexión final se expone una síntesis que relaciona las ideas desarrolladas en cada capítulo de este trabajo, lo que intenta dar cuenta de la articulación de los aspectos teóricos y prácticos del proceso de intervención. Partiendo de la reflexión de esta experiencia se intentará dilucidar qué aportes puede ofrecer el trabajo social para el entendimiento y abordaje de la VO en el primer nivel de atención sanitaria.

---

<sup>6</sup> En adelante se usará la sigla CS 67 para referir al Centro de salud N.º 67.

# **Capítulo 1**

## **Dimensiones de la violencia obstétrica**

### 1.1 Precisiones legales y situaciones que implican violencia obstétrica

- En general ¿Cómo te sentiste durante todo el proceso? –Bien ... no me dijeron nada fuera de lo común ... me decían cómo tenía que hacer, que no había que gritar...- ¿Te dijeron por qué no había que gritar? - Porque vuelve a subir el bebé...

- ¿Te hicieron episiotomía? - Yo creo que sí, que me deben haber hecho porque me hicieron los puntos, no me dijeron, pero yo supongo que me la deben haber hecho.

- ...Después de que salió el bebé sentía que me metían la mano, que me metían fierros y no sabía por qué. No me habían dicho por qué, era un sufrimiento terrible. Le preguntaba a mi pareja qué me estaban haciendo.

- ¿En algún momento estuviste separada del bebe? - Si, cuando a mí me pasan a pre parto de nuevo, después de haberlo tenido, ahí estuve como dos horas y media sin verlo... él estaba en la incubadora, lo habían dejado ahí, no sé por qué no me habían pasado a sala, creo que escuché que no había camillas. Lo escuchaba que lloraba todo el tiempo, ... y yo preguntaba ¿y mi bebé? y me decían “ya te lo traemos mamá”.

- ...Después [cuando] me llevaron al posparto [sala común], ... me desmayé, iba en la silla de ruedas y se me bajó la tensión. Cuando me desperté el enfermero me tenía con la cabeza para abajo y los pies para arriba en la silla de ruedas, hasta que me pusieron en la camilla, me pusieron suero hasta que se me normalizó. Después me pasaron a sala, cuando me pasaron ahí ya me llevaron al bebe.

- Si pensás de nuevo en tu parto ¿qué te hubiera gustado que sea distinto? - Que estuviera mi pareja en todo momento, desde que me internaron hasta que salí, no solo mi pareja sino alguien que esté ahí porque lo necesitas.<sup>7</sup>

Este es el testimonio de una mujer que transcurrió su parto en el Hospital materno neonatal Ramón Carrillo de la ciudad de Córdoba, que es la institución a la que van a dar a luz las mujeres que atienden su embarazo (y otros procesos sexuales y reproductivos de menor complejidad) en el CS 67. Pero la situación que vivió, lejos de ser un hecho aislado, es representativa de las múltiples violencias que sufren las mujeres cuando van a parir en las instituciones de salud, públicas y privadas. Según un informe del primer Observatorio de VO del país<sup>8</sup>, más del 50 por ciento de las mujeres no están informadas acerca de lo que el personal médico hará en sus cuerpos y en el de sus hijos/as durante y después de dar a luz. Más de la mitad de las madres se sintió en peligro, padeció el trato deshumanizado y fue criticada por sus actitudes: como, por ejemplo, llorar o gritar de dolor. El 70 por ciento no pudo elegir una

---

7 Ver anexo 2: Entrevista a mujer de 16 de Noviembre.

8 Disponible en <http://www.elpatagonico.com/crearon-el-observatorio-violencia-obstetrica-argentina-n1295678>. Última visita el 15 de noviembre de 2016.

posición para parir que le fuera cómoda. Las acostaron en camillas, las conectaron a sueros y cables, sin siquiera poder moverse.

En la mayoría de los casos se interviene sin justificación y sin pedir consentimiento; los tactos vaginales hechos por más de dos personas; las prácticas prohibidas que ponen en riesgo la vida, como la maniobra de Kristeller (en la que se empuja la panza para apurar la salida del bebé) o el uso de fórceps (donde el/la médico/a utiliza pinzas para ayudarse); la inducción del parto a través de la rotura artificial de bolsa, que puede ocasionar complicaciones; el corte del cordón umbilical antes de tiempo y el “tratamiento” inmediato que recibe el/la niño/a, son intervenciones que conforman los protocolos de atención de partos institucionales. Las condiciones de violencia se agravan por el maltrato psicológico expresado en frases que culpabilizan e infantilizan.

Pero estas violencias no son exclusivas del momento del parto, sino que pueden ocurrir mucho antes, en las primeras consultas de salud sexual y reproductiva, y continuar en la atención sanitaria del embarazo, del parto, del aborto, del puerperio o de la menopausia. La VO se da en el ámbito del sistema de salud cuando las mujeres no son informadas sobre sus procesos sexuales y reproductivos, obstaculizando así su posibilidad de decidir autónomamente, y cuando no pueden acceder a un servicio de salud que garantice una atención acorde a los derechos que la amparan en relación a este tema. En tales condiciones, las mujeres se ven casi impedidas, o restringidas en su libertad de elegir qué tipo de sexualidad, embarazo, o no embarazo, parto y posparto desean tener, sus deseos y sentidos son ignorados. Entonces, para las mujeres, el respeto a la autonomía y al rol como protagonistas se socava desde mucho antes, cuando en los diferentes espacios, como la familia, la escuela y las instituciones sanitarias, donde deberían ser escuchadas, respetadas y acompañadas, las vulneran y violentan de formas sutiles y/o groseras.

Estas vulneraciones y violencias en la atención e intervención sanitaria, a pesar de ser desaconsejadas por organismos de salud de referencia internacional y nacional<sup>9</sup> y no estar fundadas en evidencia científica, son aprendidas por el personal sanitario que se forma en las instituciones de educación pública. Entonces, a pesar de la prevalencia de los casos de VO y de la existencia de legislación nacional que se ocupa de esta problemática, ella es una de las violencias de género más invisibilizada y naturalizada, no sólo por el personal de salud, sino además por las mismas mujeres y/o sus familias, que a veces justifican toda intervención que procede de la autoridad sanitaria, lo que pareciera generar un mecanismo que asegura su reproducción.

---

9 Un ejemplo al respecto es el programa Maternidad Segura y Centrada en la Familia. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000238cnt-g08.mscf-enfoque-intercultural.pdf> (consultado 20/03/18)

Aquí radica la importancia de visibilizar estas situaciones a partir de ponerles nombre, para poder exponerlas y denunciarlas. En tal sentido, es necesario recalcar la importancia de las diferentes normativas que abordan la problemática de la VO, los procesos de salud sexual y reproductiva y los procesos de atención sanitaria en general. Estas normativas ratifican derechos de las personas proclamados en tratados internacionales (Conferencia del Cairo, CEDAW) y son, además, el resultado de luchas de actores políticos como los movimientos feministas, que históricamente vienen reclamando el reconocimiento y garantía de los derechos para las mujeres.

La Ley nacional 26.485 de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, sancionada en 2009, garantiza el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia y a que se respete su dignidad, su intimidad, y su integridad física, psicológica y sexual. Esta ley define a la VO como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la ley 25.929” (artículo 6, inciso e).<sup>10</sup> Cabe agregar que la provincia de Córdoba adhirió a la ley 26.485 en junio de 2016, a partir de la sanción de la Ley 10.352<sup>11</sup>, lo que da cuenta de la demora del gobierno provincial para establecer las políticas públicas necesarias para la erradicación de la violencia de género.

Personas expertas en la problemática, identifican dos modalidades de VO. Por un lado, la física, que se configura cuando se realizan prácticas invasivas y suministro de medicación no justificada por el estado de salud, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico. Por otro lado, la dimensión psicológica, que incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación cuando se pide asesoramiento, o se requiere atención en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre las posibles intervenciones y la evolución del parto (Medina, 2009)<sup>12</sup>.

Se considerarán actos constitutivos de VO los ejecutados por el personal de salud, consistentes en: No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo/a y amamantarlo/a inmediatamente al nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la

---

10 Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm> (consultado 20/03/18).

11 Recuperado en <http://web2.cba.gov.ar/web/leyes.nsf/85a69a561f9ea43d03257234006a8594/6a602f28dce59f5c03257fcc006c6e53?OpenDocument>. Consultado 17/10/18.

12 Disponible en <<http://bit.ly/UjH62l>>. (consultado: 22/10/16).

mujer, practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer<sup>13</sup>.

En Argentina existe un marco legal de protección, amparo y denuncia enmarcado en diferentes leyes, como la mencionada Ley nacional 26.485, que se relaciona integralmente con otras leyes y programas que a continuación se mencionarán:

-Ley nacional 25.929, conocida como ley de Parto respetado o Parto humanizado: sancionada en 2004, protege los derechos de la mujer en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto, de la persona recién nacida y de las madres y los padres de la persona recién nacida en situación de riesgo. A través de tal normativa se garantiza el derecho de las mujeres a la información, a poder optar y participar como protagonista de su propio parto, al trato digno y respetuoso de sus pautas socio-culturales y a la protección del vínculo físico-emocional entre la madre y el/la recién nacido/a<sup>14</sup>. Córdoba adhirió a la ley 25.929 a partir de la Ley provincial 9.227, que fue sancionada en abril de 2005<sup>15</sup>. En el marco de esta y otras normativas, la Secretaría de equidad y promoción del empleo del Gobierno de la provincia de Córdoba creó el Programa de protección de la embarazada y su bebé, en julio de 2016. Dicho programa tiene como objetivo la prevención en salud de la mujer sin cobertura social durante el embarazo y el control prenatal indispensable para su cuidado y de su bebé por nacer.<sup>16</sup>

-Ley nacional 25.673, mediante la cual se crea el Programa nacional de salud sexual y procreación responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud. Fue sancionada en 2002 y tiene como objetivos alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable para la población con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia; disminuir la morbilidad materno-infantil; prevenir embarazos no deseados; promover la salud sexual de adolescentes; contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genitales y mamarias; entre otros<sup>17</sup>. La provincia de Córdoba adhiere a esta ley a partir de la Ley 9.099, que fue sancionada en marzo de 2003 y mediante la cual se creó el Programa de paternidad y maternidad responsable en el ámbito del Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba. Este programa

---

13 Recuperado <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2010/02/26/violencia-obstetrica> (consultado: 22-10-16).

14 Recuperado en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>. (consultado 17/10/18).

15 Recuperado en <http://web2.cba.gov.ar/web/leyes.nsf/85a69a561f9ea43d03257234006a8594/10418480a139d2520325724b0068a9d7?OpenDocument> (consultado 17/10/18).

16 Las mujeres beneficiarias del plan tienen derecho a las siguientes prestaciones: reintegro del costo del test de embarazo, consultas y exámenes clínicos, exámenes ginecológicos obstétricos completos, exámenes de laboratorio, ecografías obstétricas, provisión de medicamentos (hierro, ácido fólico y vitaminas), control odontológico, vacunación completa, soporte nutricional con provisión de leche entera, ajuar para la mamá y su bebé al momento del parto, control postparto y el ingreso y permanencia en el programa Sumar del Ministerio de Salud de la República Argentina para el control del posparto y seguimiento de la persona recién nacida. Retomado en <http://www.marisaizenberg.com/2016/07/cordoba-creacion-del-programa-de.html> (consultado el 17/10/2018).

17 Retomado en <http://www.msal.gob.ar/saludsexual/ley.php> (consultado: 21-09-16).

establece como beneficiarias a las familias y a la sociedad en general y tiene como objetivos fundamentales contribuir a la prevención y promoción de la salud, disminuir la mortalidad materno infantil y garantizar a todas las personas la decisión de sus pautas procreativas en forma libre y responsable.<sup>18</sup>

-Ley nacional 26.130 de Régimen para las intervenciones de contracepción Quirúrgica, sancionada en 2006, establece el derecho de toda persona capaz y mayor de edad a acceder a la realización de las prácticas de ligadura tubaria y vasectomía en los servicios del sistema de salud, con el único requisito de su consentimiento informado<sup>19</sup>. Según un documento elaborado por el Ministerio de Salud<sup>20</sup>, esta ley, que reglamenta un derecho de salud sexual y reproductiva contemplado en la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación hacia la Mujer (CEDAW), de rango constitucional, no requiere adhesión de las provincias porque todas tienen la obligación de implementarlo. Sin embargo, Córdoba adhirió a esta ley a partir de la Ley provincial 9.344<sup>21</sup>, sancionada en diciembre de 2006 y estableció algunas restricciones para el acceso a este derecho. En la Ley nacional 26.130, el único requisito para acceder a la contracepción quirúrgica es el consentimiento informado, a partir del cual el personal médico interviniente debe informar debidamente a la persona que solicita la práctica y dejar constancia en la historia clínica de haber proporcionado dicha información (art. 4). En la Ley provincial 9.344, en cambio, el acceso a la práctica está supeditado a la autorización profesional médica y se agrega como requisito una instancia de consejería, integrada por tres profesionales, de gineco-obstetricia, de psicología y de trabajo social respectivamente (art. 5). La autorización médica debe acreditar que se dio cumplimiento a la instancia de consejería, y al consentimiento informado (art. 6). La inclusión de tres profesionales diferentes para acceder a la práctica de contracepción quirúrgica implica burocracias y dilaciones que muchas veces hacen desistir a quienes la solicitan, que mayoritariamente son mujeres. Así, aunque formalmente no se niega el derecho a esta práctica, se ponen barreras insalvables que obstaculizan el acceso e impiden el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.<sup>22</sup>

-Ley nacional 26.150, sancionada en 2006, crea el Programa nacional de educación sexual integral. Esta ley establece que toda persona que se esté educando tiene derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y

---

18 Retomado en [https://campus.unc.edu.ar/sites/default/files/00ley\\_provincial\\_de\\_salud\\_sexual\\_y\\_procreacion\\_responsable.pdf](https://campus.unc.edu.ar/sites/default/files/00ley_provincial_de_salud_sexual_y_procreacion_responsable.pdf). (Consultado el 17/10/18)

19 Retomado en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/115000-119999/119260/norma.htm> (consultado: 21-09-16).

20 Retomado en <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/anticoncepcion-quirurgica-un-derecho-de-todas-las-personas>. (consultado: 19/10/18).

21 Retomado en <http://web2.cba.gov.ar/web/leyes.nsf/85a69a561f9ea43d03257234006a8594/023844fa014081dd0325726d005a2f36?OpenDocument>. (consultado: 19/10/18).

22 Retomado en <https://www.perfil.com/noticias/cordoba/salud-sexual-un-panorama-historico-de-las-barreras-de-acceso-en-cordoba.phtml>. (Consultado: 19/10/18).

privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal<sup>23</sup>. A partir de la sanción de esta ley, Córdoba puso en marcha diferentes acciones para su implementación en la provincia: en el año 2007 se conformó una Comisión interdisciplinaria e interprogramática para reflexionar y dinamizar la educación sexual integral en las escuelas, en el año 2008 se comprometió, a partir de la resolución 45/08 del Consejo Federal Educativo, a transformar la educación sexual integral en una política pública y en 2009, el Ministerio de Educación de la provincia de Córdoba creó el Programa provincial de educación sexual integral (ex Comisión interprogramática e interdisciplinaria). Sin embargo, una investigación realizada en escuelas públicas de nivel medio de la ciudad de Córdoba afirma un desdibujamiento del Programa nacional de educación sexual integral y advierte las dificultades en relación a la organización de las escuelas para la implementación de tal programa y para garantizar, desde el sistema público educativo, el ejercicio del derecho a la educación sexual integral (Barberis, Taborda y Zamanillo, 2013).

-Ley nacional 26.529 de los Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado: sancionada en 2009, establece protecciones para todas las personas en su relación con las instituciones y efectores de salud. Entre las garantías esenciales que contempla esta normativa se encuentran el derecho a un trato digno y respetuoso, el respeto a la autonomía y de la voluntad del/de la paciente, el debido resguardo de su intimidad y el derecho a aceptar o rechazar determinados procedimientos con o sin expresión de causa, como así también, a revocar posteriormente su manifestación de voluntad, además de todo lo referente al “consentimiento informado”<sup>24</sup>. En Córdoba existen resoluciones que abordan los derechos de pacientes, entre ellas, la 1752/2002 del Manual de procedimiento para la implementación del consentimiento informado, la resolución 130/2007 de Tratamiento y prevención de los aspectos psíquicos de los procesos salud-enfermedad y la resolución 99/2010 de Régimen de notificación obligatoria de los embarazos de alto riesgo.<sup>25</sup>

- El Programa de Maternidad Segura y Centrada en la Familia: Surgió en el año 2011 a través de UNICEF, contempla a aquellas maternidades que atienden más de mil partos por año, reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del recién nacido por parte de los miembros del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el

---

23 Retomado en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/120000-124999/121222/norma.htm> (consultado: 21-09-16).

24 Retomado en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm> (consultad: 21-09-16).

25 Retomado en [http://www.legisalud.gov.ar/atlas/categorias/bioetica\\_temas.html](http://www.legisalud.gov.ar/atlas/categorias/bioetica_temas.html). (consultad: 18/10/2018).

recién nacido entre otros.<sup>26</sup> El Ministerio de salud de la provincia de Córdoba implementa este programa en tres establecimientos de la ciudad capital: el Hospital Materno Provincial Felipe Lucini, el Hospital Materno Neonatal Ramón Carrillo y el Hospital Nuestra Señora de la Misericordia, y en el interior de la provincia, en el Hospital de Mina Clavero.<sup>27</sup> Sin embargo, diferentes estudios plantean dudas acerca de la implementación de los ejes rectores del programa en algunas maternidades de la ciudad de Córdoba (Alvarez y Russo, 2016; Martinengo, Morales y Salgado, 2014).

También es importante mencionar el primer Observatorio de violencia obstétrica<sup>28</sup>, creado en el año 2015 con el apoyo del Consejo Nacional de Mujeres e impulsado por la Organización “Las Casildas”. Esta última es una agrupación feminista fundada en el año 2011, integrada por personas de distintas disciplinas, busca generar dispositivos para difundir y visibilizar temáticas como la VO, derechos sexuales y reproductivos y cuestiones de género<sup>29</sup>. Bajo estos objetivos, en el año 2015, dicha agrupación desarrolló un formulario online, del cual se obtuvo un informe realizado en base a cinco mil respuestas de mujeres que atravesaron su proceso de parto y posparto tanto en instituciones públicas como privadas. En octubre de 2015 Córdoba lanzó el primer observatorio de VO de la provincia en la ciudad de Río Cuarto, lo cual pudo concretarse a partir del trabajo articulado del Consejo Nacional de las Mujeres, que apoya la iniciativa de “Las Casildas” y de otras organizaciones en la problemática de VO, y del Centro de Referencia de Córdoba, que funciona como delegación del Ministerio de Salud y Desarrollo social en los municipios de la provincia a través de espacios locales de gestión.<sup>30</sup>

En cada situación de VO se puede detectar la vulneración de más de un derecho. Es por ello que desde el trabajo social es fundamental revisar y analizar las leyes, programas e instituciones que se relacionan con la temática para poder visualizar las oportunidades del campo que posibiliten intervenciones que reconozcan la ciudadanía integral de los/as agentes a quienes afecta dicha problemática. A su vez, se debe promover la reflexión y sensibilización de los/as agentes de salud sobre la VO, para modificar aquellas prácticas sanitarias violatorias de los derechos de las mujeres. Esto implicaría, por ejemplo, garantizar a las mujeres embarazadas toda la información necesaria relacionada con sus procesos de embarazo, parto y posparto, así como

---

26 Retomado en [http://www.unicef.org/argentina/spanish/GUIA\\_MSCF.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/GUIA_MSCF.pdf) (Consultado: 21-09-16).

27 Retomado en <http://www.lavoz.com.ar/directorio/maternidad-segura-fortalecimiento-del-vinculo-entre-padres-y-bebes>. (Consultado: 18/10/18).

28 El Observatorio de violencia obstétrica se creó con la idea de poder contar con una red nacional que permita, a través de distintos materiales y dispositivos, recolectar y sistematizar datos y estadísticas relacionados con la VO; realizar seguimiento de denuncias; monitorear políticas públicas, proyectos de ley y cumplimiento de leyes. Consultado en: <https://www.elintransigente.com/argentina/2015/9/23/crea-primer-observatorio-violencia-obstetrica-argentina-343957.html>. (20/03/18).

29 Retomado en <http://chequeado.com/el-explicador/niunamenos-el-77-de-las-mujeres-aseguraron-haber-sufrido-violencia-obstetrica/>. (consultado: 15/03/18).

30 Retomado en <http://www.desarrollosocial.gob.ar/noticias/se-lanzo-observatorio-violencia-obstetrica-cordoba/>. (Consultado el 18/10/18).

el derecho de todas las mujeres a recibir, por parte del personal de salud, un trato respetuoso y de calidad en la atención de su salud sexual y reproductiva. Esto es posible a partir de aportes teóricos que permitan visibilizar y nombrar la VO, entender sus dinámicas y modalidades de reproducción, en sus manifestaciones más explícitas e implícitas.

## **1.2 Reconstrucción teórica de la problemática**

Es importante mencionar que la temática con la que inició el proceso de práctica fue la vinculación parto respetado-violencia obstétrica, pero, a medida que se profundizaba la inserción en el espacio territorial y la lectura teórica, el campo problemático que definió la intervención fue la VO. Tal proceso se reconstruirá a continuación.

En una reunión de equipo del CS 67, un profesional cuestionó porqué se iba a trabajar en relación al parto respetado en el centro de salud si allí no se atendían los partos, señalando, además, al Hospital Materno Neonatal como un espacio propicio para desarrollar esta práctica. Tal cuestionamiento permitió al equipo de estudiantes esclarecer, conjuntamente con el equipo sanitario, que la ley nacional 25.929 no se remite exclusivamente al momento del parto, sino que garantiza los derechos que las mujeres, madres, padres y personas recién nacidas tienen en relación al embarazo, trabajo de parto, parto y posparto.

Además, el acceso a las historias clínicas de las mujeres embarazadas del CS 67 permitió conocer sus condiciones de salud sexual y reproductiva, que expresaban altos porcentaje de embarazos no planeados y de no uso de métodos anticonceptivos. Esta realidad llevó a ampliar la mirada sobre el campo problemático y analizar los procesos de salud sexual y reproductiva y su atención en el CS, para lo cual, como se verá en párrafos más adelante, el concepto de VO ofrecía mayor utilidad.

Estas situaciones condujeron a decidir y fundamentar, desde aspectos teóricos, los conceptos que iban a esclarecer y nombrar el campo problemático a lo largo del proceso de intervención. A partir de allí, conjuntamente con el equipo sanitario, se problematizó acerca de qué se entendía por VO, intentando deconstruir el alcance restrictivo del término que lo situaba solo al momento del parto. Y en instancias de reflexión sobre el proceso de práctica, el equipo de estudiantes indagó acerca de qué procesos jugaban en torno al reconocimiento (o no) de la VO en el primer nivel de atención.

Desde los aportes de Arguedas Ramírez (2014) y Belli (2013), se pretende fundamentar, mediante conceptos teóricos y ejemplos, por qué se considera necesario abordar dicha problemática desde el primer nivel de atención. La primera autora entiende la VO “como un conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el período del embarazo,

parto y posparto” (pp. 146 y 147). La segunda autora define la VO como “el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres” (p. 28), expresada mayoritariamente -aunque no exclusiva- en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples situaciones que parecen amenazantes en el contexto de atención de la salud sexual, embarazo, parto y posparto.

Con los aportes realizados por las autoras se busca ampliar la mirada que entiende a la VO casi exclusivamente con la maternidad y la experiencia del parto, ya que ambas definiciones señalan que esta violencia particular está asociada con la atención sanitaria de los procesos reproductivos de las mujeres, lo cual incluye todos los otros dominios del campo de la salud sexual y reproductiva, como la anticoncepción, la planificación familiar, el aborto, la menopausia, etc.

Estos señalamientos teóricos son los que fundamentan el abordaje de la VO en el primer nivel de atención, ya que es el primer y principal espacio donde las mujeres acuden para recibir atención de salud sexual y reproductiva. Ahora bien, para poder analizar y entender la existencia y dinámica de la VO, se continuará retomando a Arguedas Ramírez (2014), quien utiliza nociones y categorías foucaultianas, como las de poder disciplinario, saber subyugado, entre otras, para explicar esta problemática.

Dando respuestas a qué es, cómo y por qué se ejerce, la autora propone que la VO sería una forma de poder disciplinario específica, ligada a la estructura social de género propia del sistema patriarcal del cual emerge, funcionaría como un mecanismo de disciplinamiento, control y producción de subjetividad femenina, destinado a encauzar la economía de la reproducción. Es decir que la VO es un mecanismo de control y opresión, derivado del ejercicio del poder obstétrico, que es una forma de poder disciplinario cuyo objetivo es la producción de cuerpos dóciles y sexuados. Así como otras instituciones sociales (la escuela y la cárcel, por ejemplo) imparten un tipo de poder disciplinario para moldear ciertos atributos en los y las agentes, también las instituciones ligadas a la atención sanitaria de los procesos sexuales y reproductivos femeninos administran poder obstétrico para garantizar el disciplinamiento de las mujeres, controlando y apropiándose de sus cuerpos y procesos sexuales, moldeando un tipo de feminidad específico, cuerpos obedientes a los mandatos de socialización de género.

En esta dinámica, la construcción social del género articula mecanismos de opresión para el control de la reproducción social, donde la VO vendría a ser el ejercicio del poder disciplinario que opera en el ámbito de la capacidad reproductiva de las mujeres y, por lo tanto, se ejerce en un territorio género-específico: los cuerpos que pueden embarazarse y parir. Esta forma de poder disciplinario se acopla con la jerarquía del género para naturalizar lo que son funciones

socialmente construidas. Es decir, el poder obstétrico se engarza con el mandato patriarcal de la reproducción: la maternidad como destino superior de toda mujer, donde la tolerancia al dolor durante el trabajo de parto, entre otros atributos, será una exigencia moral, asociada a un indicador sobre la calidad y aptitud de la mujer para asumir su papel de madre (Arguedas Ramírez, 2014).

El ejercicio de este poder produce unos cuerpos dóciles y sexuados que, en la estructura social del patriarcado, requieren de un disciplinamiento particular para maximizar la efectividad de los embarazos, los partos y el cuidado de recién nacidos/as. Para ello, es necesario que estos procesos se construyan subjetivamente como peligrosos de alteración y desorden, que deben ser vigilados por especialistas médicos que garanticen el orden, para lo cual el poder obstétrico dispone de ciertas tecnologías disciplinarias. Los procedimientos de vigilancia, observación y registro son parte de los mecanismos de control y generadores del poder obstétrico, de los estándares de normalidad y de un tipo de “seguridad”, donde nada sucede sin autorización y sin un propósito de utilidad, definido desde la perspectiva de los tomadores de decisiones, que se convierten en los protagonistas de las situaciones. La expresión de voluntades contrarias al orden establecido es censurada e inclusive sancionada a través del castigo ejemplarizante. Así, la docilidad se impone como único camino para obtener algún grado de bienestar.

El control y el disciplinamiento sobre los cuerpos reproductores de la fuerza de trabajo, que los hace dóciles y domésticos, hieren al yo de la mujer al tiempo que producen la subjetividad de la madre en el sistema de dominación patriarcal. El patriarcado requiere que las mujeres asuman no solo una mayor carga de dolor, sino que aprendan a negarse a sí mismas, que se sometan, que no cuestionen ni se pregunten. En esta dinámica el poder se ejercita en la microfísica de los cuerpos que han incorporado como propias las prohibiciones y represiones, reproduciéndolas en las relaciones sociales.

Arguedas Ramírez (2014) retoma de Foucault lo que se denomina saberes subyugados, definidos como un conjunto de conocimientos descalificados, considerados ingenuos, inadecuados o insuficientemente elaborados. Este es el lugar que ocupa el saber de la mujer sobre su propio cuerpo y sus procesos fisiológicos y psicológicos, un lugar subalterno, ubicado en la base de la jerarquía del conocimiento, descalificado por la institucionalidad médica. Es por tanto un saber subyugado, en razón de la posición que ocupan las mujeres de acuerdo con la estructura social de género dominante, que privilegia lo masculino sobre lo femenino y en relación al poder/saber ejercido por parte de los profesionales en salud, para los cuales las mujeres embarazadas o en proceso de parir no son interlocutoras válidas. Por todo ello no ocupan un lugar igualitario ni existe una intención de establecer un diálogo, sino más bien, lo que se da es una relación de poder.

Dicha relación se caracterizará por la pasividad, obediencia y subordinación de las mujeres frente al médico/a. El/la curador/a expresa sus objetivos técnicos y profesionales, desconociendo y frecuentemente excluyendo los saberes y afectos de la paciente, lo cual se expresa sobre todo a través de la negación, desinterés o carencia de importancia dada a su palabra (Menéndez, 2003). Esta relación de subordinación coloca a las mujeres en el lugar de espectadora de los acontecimientos que toman lugar en su propio cuerpo. Se les informa a medias, no se las incluye en la toma de decisiones, su voluntad es negada porque de ellas se demanda solo aceptaciones y obediencia.

Para poder ejemplificar con situaciones reales lo desarrollado, se expondrán diferentes frases que se expresaron y en el taller “Entre -Costuras”<sup>31</sup>, una de las actividades que conformaron el proceso de intervención que sustenta este trabajo.

- *“En la sala de parto había dos practicantes, nadie me pregunto si me molestaba que estén ahí observando, yo sentía un poco de vergüenza de que me mire porque uno era hombre”*

- *“Me introducían cosas en el suero, y no me decían que era, eso me ponía un poco nerviosa”.*

- *“En una de las consultas a mi obstetra durante mi embarazo, me reto porque no me había hecho los estudios que me había recetado, haceme caso, me dijo, cuida a tu bebe, para algo estudie durante tantos años”*

Como se planteaba al comienzo del apartado, la VO no se da con exclusividad en el momento del parto, el disciplinamiento sobre los cuerpos de las mujeres se puede ver reflejado en diferentes instancias de la atención sanitaria de su salud sexual y reproductiva como, por ejemplo, en el control de embarazo. Y en este sentido, es necesario realizar una crítica al término “control”, proponiendo otros posibles como el de “acompañamiento del embarazo”, ya que el primero se relaciona con la vigilancia, la observación minuciosa, las tecnologías utilizadas de forma rutinaria, el control del tiempo y del movimiento, en donde la mujer embarazada es vista como un cuerpo alterado que es preciso conocer en detalle para luego someterlo a un disciplinamiento que facilite su manipulación.

Las relaciones de subordinación a las que son sometidas las mujeres en las instituciones sanitarias las subalternizan de tal manera que se silencian sus saberes, lo que provoca que no tengan protagonismo en sus procesos sexuales y reproductivos. Se puede hablar entonces de una especie de “condena social” sobre los cuerpos, la sexualidad y decisiones de las mujeres, que se plasma en las distintas formas de VO. Desde la vulneración de la libertad sexual y reproductiva, el abuso de medicalización y patologización de procesos saludables como el embarazo, el parto y

---

31 En el capítulo 4 se desarrolla en profundidad acerca de los talleres “Entre Costuras”.

posparto; hasta el trato cruel al que son sometidas cuando llegan a las guardias médicas con un aborto en curso y su salud deteriorada, sometiéndolas a interrogatorios irrelevantes para el diagnóstico o el tratamiento, haciendo juicios de valor y amenazas de denunciarlas.

Hasta aquí se ha presentado la problemática refiriendo las numerosas situaciones de atención sanitaria que constituyen VO, se examinó en una dimensión jurídica lo que se entiende legalmente por VO, remarcando la necesidad de una mirada integral que relaciona diversos derechos para su entendimiento y abordaje. Además, se analizó la dimensión teórica de la VO, fundamentando, a partir de nociones y categorías foucaultianas y feministas, qué es y cuál es la dinámica que la caracteriza. Ahora, es necesario reconstruir históricamente las formas en que la problemática se ha manifestado en espacios y tiempos específicos, para luego, poder advertir en el campo sanitario particular las estructuras, prácticas y sentidos de las/los agentes que reproducen las dinámicas de la VO.

### **1.3 Configuración histórica de la violencia obstétrica**

La reproducción del poder obstétrico, término con el que anteriormente se analizó la dinámica de la VO, se expresa en las diferentes intervenciones que los Estados han venido realizando a lo largo de la historia en los procesos sexuales femeninos. Tales intervenciones han asumido como principal característica la apropiación y control de la sexualidad y la reproducción de las mujeres, lo cual implicó el cercenamiento de su libertad y autonomía.

Entre los hechos de mayor referencia, se puede citar lo ocurrido en la Europa medieval, durante la transición del feudalismo al capitalismo, época denominada por Arguedas Ramírez (2014), de acuerdo con Ehrenreich, con la metáfora “colonización del útero”. Esta frase es significativa porque expone la expropiación del cuerpo y los procesos sexuales y reproductivos de las mujeres, por parte de los hombres y el Estado. En tal marco, el cuerpo femenino es igualado a un territorio, objeto de conquista y explotación, al servicio del modo de producción capitalista. Pero también es resignificado y reivindicado por las mujeres como espacio de saber, de poder, de rebeldía y de lucha por la libertad.

Esa lógica colonialista y capitalista tiene continuidad y expansión en otros países, como Argentina, en sus procesos de constitución como Estado moderno-capitalista. A continuación, se desarrollará un análisis de estos hechos, comenzando por referenciar lo ocurrido en la Europa medieval y luego profundizar en cómo se dio tal proceso en Argentina.

#### **1.3.1 La “cacería de brujas” en Europa medieval**

Para desarrollar este apartado se retomarán nuevamente los aportes de Arguedas Ramírez (2014) quien menciona que fue en Europa, durante la época medieval, cuando se instituyó la

marginación, prohibición y castigo de los conocimientos y prácticas ancestrales de las mujeres, construidos en relación a sus cuerpos y procesos sexuales. En esta etapa histórica se consolidó la demonización del saber femenino, cuyas referentes máximas fueron las comadronas y se penaron las prácticas autónomas de las mujeres en relación a sus propios cuerpos y procesos sexuales y reproductivos. A su vez, en este proceso nace y se consolida la medicina como conocimiento y práctica sanitaria hegemónica.

En la sociedad medieval la Iglesia era la institución que intentaba controlar el matrimonio y la sexualidad como modo de disciplinamiento y todo acto de anticoncepción o de control de la natalidad era demonizado y considerado como una herejía. El concepto de herejía se igualaba al de brujería, con la diferencia que en el segundo caso se les adjudicaba a las mujeres. Es en esta época, entre los siglos XVI y XVII en Europa, que se produce la “cacería de brujas” como un intento de neutralizar el control de la natalidad y así colocar a las mujeres al servicio de la reproducción en pro del aumento de la fuerza de trabajo. Esto ahondó las divisiones sexuales, inculcó a los hombres el miedo al poder de las mujeres y destruyó un universo de prácticas, creencias y sujetos sociales, cuya existencia era incompatible con la disciplina del trabajo capitalista, redefiniendo así los principales elementos de la reproducción social. La sexualidad femenina era considerada fuente de todo mal y colocada al servicio de los hombres y la procreación.

En aquella época se llamaba bruja a la partera, la mujer que evitaba la maternidad, la mendiga, la mujer libertina y promiscua, la prostituta o la adúltera y aquella que practicaba su sexualidad fuera de los vínculos del matrimonio y la procreación. Bruja era también la mujer rebelde que contestaba, discutía, insultaba y no lloraba bajo tortura, que, junto a la pena de muerte, eran las sentencias usuales para castigar a estas mujeres <sup>32</sup>.

En este período tuvieron lugar dos fenómenos interrelacionados que afectaron especialmente a las mujeres, ya que requirieron una profundización de los mecanismos de control sobre sus cuerpos. Por un lado, se produjo una separación entre producción y reproducción, que redujo a las mujeres a la reproducción de la vida humana como su destino biológico, por otro lado, surge una preocupación estatal y científica por el tamaño de la población como asunto clave para la riqueza de las naciones, que demanda una exacerbación en el control de las capacidades reproductivas femeninas. Bajo este criterio se adoptaron varias

---

<sup>32</sup> Todas esas mujeres eran sometidas a un procedimiento habitual, desnudadas y afeitadas completamente, ya que se decía que el demonio se escondía entre sus cabellos, después eran pinchadas con largas agujas en todo el cuerpo, incluida su vagina, en busca de la señal con la que el diablo supuestamente marcaba a sus criaturas, con frecuencia eran violadas, se investigaba si eran vírgenes o no, sus miembros eran arrancados, eran sentadas en sillas de hierro bajo las cuales se encendía fuego. Dicha ejecución era un importante evento público que toda la comunidad debía presenciar, incluidos los hijos/as de las brujas, especialmente sus hijas, que en algunos casos eran azotadas frente a la hoguera.

medidas pronatalistas, como la promoción del matrimonio y la vida familiar y la penalización del celibato que, junto con el surgimiento de la asistencia pública y los registros demográficos, formaron el embrión de una política reproductiva capitalista.

El Estado desató una verdadera guerra contra las mujeres, con un objetivo claro, quebrar el control que ellas ejercían sobre sus cuerpos y su reproducción. Esta controversia se plasmó en la redefinición de los delitos reproductivos, ya que a mediados del siglo XVI todos los gobiernos de Europa impusieron la ejecución como castigos ante la anticoncepción, el aborto y el infanticidio. A su vez se propusieron vigilar a las mujeres embarazadas a través de registros formales, controlando que sus embarazos llegaran a término y castigándolas en caso contrario.

De esta manera, la “caza de brujas” fue un intento por destruir el control que las mujeres habían ejercido sobre su función reproductiva y sirvió para allanar el camino al desarrollo de un régimen patriarcal más opresivo. Se intentó acabar con todo un mundo de prácticas femeninas, relaciones colectivas y sistemas de conocimiento, que habían sido la base del poder de las mujeres en la Europa precapitalista, así como la condición necesaria para su resistencia en la lucha contra el feudalismo.

Es importante aclarar, además, que los procesos referenciados no fueron exclusivos del medioevo europeo, sino que tuvieron expansión en otras regiones occidentalizadas, a partir de las diversas formas de colonialismo que los Estados europeos históricamente han ejercido. Esto permite advertir la colonización de los saberes y poderes, como una búsqueda por instituir una narrativa universal, a partir de la cual se define lo normal y se etiqueta como inferior, primitivo y erróneo todo conocimiento o saber diferente. En tales movimientos de poder, el conocimiento científico se constituye como garantía de una supuesta universalidad objetiva, otorgando superioridad y poniendo como modelo a los saberes de la sociedad moderna (Belli, 2013).

En ese sentido, la expansión y continuidad de las intervenciones en los procesos sexuales femeninos en otros países, entre ellos Argentina, puede leerse como parte del proceso de colonización, en tanto las sociedades europeas fueron idealizadas como modelos a imitar. Argentina siguió las ideologías y los proyectos occidentales, estas condujeron el camino de transformaciones del país hacia su conformación como Estado moderno-capitalista.

### **1.3.2 La “maternalización” de las mujeres en Argentina**

Para hablar de la continuidad de estos procesos y poder ahondar en las particularidades que asumieron en Argentina, se tomarán los aportes de Nari (2004), quien estudió las relaciones, representaciones y prácticas en torno a los procesos sexuales femeninos, especialmente la maternidad. Aunque la autora sitúa su trabajo en la ciudad de Buenos Aires, durante el período 1890-1940, sus aportes son necesarios para entender la intervención estatal en los procesos

sexuales en Argentina y las huellas que han dejado esas configuraciones históricas en el campo sanitario actual. La utilidad de los aportes de la autora para este trabajo se fundamenta en que las conclusiones a las que arriba pueden ser representativas del resto del país, en tanto las ideologías y prácticas en relación a los procesos sexuales femeninos, centralizadas en los grupos intelectuales de Buenos Aires, se hegemonizaron y expandieron en todo el país a partir de las políticas públicas del Estado nacional.

Como se ha mencionado en el apartado anterior, y de acuerdo con Nari (2004), la constitución de los procesos sexuales femeninos como una cuestión de interés e injerencia estatal no fue un fenómeno original ni específico de Argentina, sino que conforma un proceso general que sigue las coordenadas del mundo occidental. La autora mencionada afirma que a lo largo de los siglos XVIII y XIX, la represión de los saberes y prácticas autónomas de las mujeres en relación a sus procesos sexuales, fue parte de una estrategia para sostener y encausar las transformaciones sociales, económicas y políticas, necesarias para la constitución del país como Estado moderno y abrirse paso hacia una sociedad capitalista. En consecuencia, el cuerpo de las mujeres es socialmente construido como un medio para la reproducción biológica y doméstica, cuya principal función es la regeneración, cuidado y educación de la fuerza de trabajo.

A finales del siglo XVIII en las sociedades y estados modernos de occidente, cobraron importancia algunas ideologías que entendían a la población como fuente de capital económico, militar y político y como potencialidad de los Estados. En Argentina, este interés y preocupación por la población se materializó a mediados y fines del siglo XIX en los proyectos inmigratorios, cuyo aporte poblacional significó un instrumento esencial para la conformación de la sociedad y las prácticas civiles, políticas y culturales del Estado moderno.

Sin embargo, las altas tasas de mortalidad infantil, las prácticas empíricas anticonceptivas, el aborto e infanticidios fueron limitando la cantidad de hijos e hijas por familia e implicaron el decrecimiento poblacional, que era significado en la época como indicio de pérdida de potencia de la “raza”. Cabe agregar que Argentina y Uruguay se distinguieron comparativamente del resto de América Latina por sus bajos índices de natalidad. Es entonces cuando empiezan a ponerse en duda los beneficios del aporte inmigratorio, y los proyectos poblacionistas que se imponen tienen como idea complementar y hasta sustituir la afluencia de inmigrantes a partir de la regeneración social.

Las nuevas corrientes poblacionistas articulaban ideas eugenistas y racialistas. En ambas ideologías la noción de “raza” es central para entender sus visiones y proyectos. Tal concepto, importado de Europa, es adaptado a la coyuntura local, implicando no sólo aspectos físicos y antropológicos, sino que incluía especialmente aspectos morales, psíquicos y sociales. De esta manera, “raza” fue una construcción científica que permitió una forma de entender los

fenómenos sociales, siendo su mayor mérito la justificación y legitimación de las inequidades sociales y de género. El concepto intentaba esconder los orígenes políticos de las relaciones de poder, atribuyendo las desigualdades a las diferencias biológicas, entendiéndolas como ahistóricas e inmodificables. El resultado sería entonces la desacreditación de cualquier cuestionamiento al orden social establecido.

La eugenesia, por su parte, sostenía la posibilidad del “perfeccionamiento racial” a través de los métodos darwinianos. Esto decantó en nuestro país en la preocupación por “mejorar la raza” y frenar los conflictos sociales de la época, que eran entendidos, desde una lente biologista y moralista, como su “degeneración”. En consecuencia, el rasgo más característico de la eugenesia local fue el “transformismo poblacional”, que confiaba en la transformación de los individuos y las “razas” a partir de la adquisición de caracteres del medio, para ser transmitidos por herencia.

En síntesis, los poblacionistas, nutridos por el racialismo y la eugenesia se preocuparon por “mejorar la calidad” no sólo de quienes estaban o llegaban, sino de transformar cuantitativa y cualitativamente la población del país. Es desde estas ideologías y proyectos, donde cobra importancia la injerencia estatal en la vida de las mujeres, específicamente en el control de sus prácticas reproductivas, sus subjetividades y relaciones. Esto implicaba el anclaje del género femenino a sus capacidades de procreación, entendidas esencialmente como biológicas, universales y ahistóricas. Cualquier otro posible uso del cuerpo y la sexualidad amenazaría la reproducción, la familia, la sociedad y la “raza”. Concretada en las subjetividades la confusión entre femineidad y maternidad, se logra la “maternalización” de las mujeres. Construida la maternidad como su “función natural”, el mandato social para ellas era ser madres.

Los intelectuales poblacionistas consideraban a las mujeres seres moldeables, en distinción de los varones, en tanto podrían transformarse más rápido en función de los intereses perseguidos. En ese sentido, el papel de las mujeres como madres propagadoras de una conciencia sanitaria popular, que garantizara la vida, la salud y el cuidado de la población era fundamental. Por esa razón, sus capacidades reproductivas y habilidades de cuidado se convirtieron en asuntos de salud pública una vez establecida la importancia de la medicalización en relación a la maternidad y la crianza.

El control de la reproducción incluía la preparación de los cuerpos femeninos, especialmente durante la niñez y la pubertad, la elección de parejas “apropiadas”, la concepción, el embarazo, el parto, la capacidad de maternar (alimentación, cuidados, higiene, educación, amor a los hijos o hijas). Se temía la difusión de métodos anticonceptivos, por lo que el control de la natalidad en la época fue una práctica autónoma, desaconsejada desde el discurso médico y penada moralmente.

La ciencia médica significó un apoyo imprescindible en la maternalización de las mujeres, ya que se constituyó en la voz autorizada para legitimarla y justificarla. Su organización como ciencia y como práctica fue paralela y sostenida por la organización del Estado nacional. En este sentido, puede hablarse de una interdependencia entre estos dos actores: el Estado como garante del monopolio de la profesión, declarando ilegal otros ejercicios de la medicina, y esta a su vez, constituyéndose en uno de los instrumentos estatales para la formación de la nacionalidad.

La maternalización a partir de la medicina se hizo posible a través de la patologización y medicalización de la reproducción, que legitimó, justificó e hizo necesaria la intervención médica en estos procesos de salud. Ello a su vez, tuvo como consecuencia la masculinización de las prácticas curativas, de las cuales las mujeres, comadronas y sanadoras, quienes hasta entonces habían sido las protagonistas, fueron excluidas, subordinadas y subestimadas. Así, a principios del siglo XX, nace la obstetricia, producto de la especialización del campo médico. Esta nueva disciplina formuló y reformuló saberes y prácticas, y en búsqueda de legitimación, recurrió a la patologización del embarazo y el parto, soslayando la participación activa y autónoma de las mujeres gestantes (Eraso, 2001), quienes fueron presentadas como incompetentes, ignorantes y negligentes, a la vez que exigió al estado la prohibición de las intervenciones sanitarias de curanderas y parteras, en pugna por el monopolio en la atención de salud de las mujeres.

La medicalización de la reproducción fue sostenida materialmente por instituciones sanitarias, que en disputa de poder con las de la beneficencia, comenzaron a surgir a finales del siglo XIX y principios del siglo XX. Hospitales, maternidades, dispensarios, entre otras, encargadas de atender a las mujeres-madres, a sus niños y niñas, se constituirían en transmisoras de una pedagogía higienista de la maternidad, que pretendía uniformar una serie de comportamientos, hábitos, sentimientos y valores alrededor de la crianza, el cuidado y la socialización de los hijos e hijas, en función del nuevo modelo de madre: abnegada, sufriente, amorosa. Así, la obstetricia contribuyó activamente en la construcción del rol social de las mujeres como madres, destinadas al ámbito de lo doméstico, reproduciendo la exclusión femenina de los espacios públicos.

A pesar del surgimiento de estas instituciones de salud y la persistencia del discurso médico, la presencia del Estado no fue la pretendida por la corporación médica. Los recursos destinados a las políticas de salud se perciben como insuficientes por este actor cuando mencionan la distribución de camas hospitalarias disponibles para atender los partos en relación a la población de mujeres. Ellas, por su parte, son reacias a atenderse en estas instituciones y

continúan en sus prácticas recurriendo a las curanderas y matronas para resolver sus necesidades de salud.

Es necesario mencionar además que, recién a inicios del siglo XX, cuando se difundió la práctica de la asepsia en los hospitales, se pudo garantizar un menor índice de mortalidad materna, que era mucho menor en los partos domiciliarios. De esta manera se evidencia que el desplazamiento de las mujeres en la atención de los procesos sexuales femeninos no se jugó en el campo del conocimiento, sino en el de las relaciones de poder, donde el género femenino ocupó una posición subordinada.

Aunque hubo resistencias de las mujeres a la atención médica de sus procesos de salud sexual, la persistencia de la corporación médica, apoyada y legitimada por el Estado, logra parte de su cometido, por lo menos en la ciudad de Buenos Aires, a mediados del siglo XX. Si en 1892 se fundó la primera maternidad, recién en 1940 más de la mitad de las mujeres ya no tienen sus partos en las viviendas, acompañadas por comadronas, sino que son asistidas por parteras o médicos obstetras en los hospitales. Así se empiezan a ver los primeros frutos de los esfuerzos para institucionalizar los procesos reproductivos y transformarlos en asuntos de salud pública.

Para entender estos procesos es necesario, además, referenciar la política sanitaria del peronismo, cuyo referente principal es Carrillo y su modelo de salud. En dicho período se crea el Ministerio de Salud y se conforma el sistema sanitario, lo cual significó la expansión de los servicios estatales de salud y la ampliación de la cobertura asistencial hacia sectores que habían tenido un acceso limitado a la atención hospitalaria (Isuani y Mercer, 1988). En estas políticas públicas se consolida el modelo fabril de producción y el hospital imita la organización fordista en los procesos de atención.

El ambiente hospitalario impone la institucionalización médica a todas las mujeres parturientas, inclusive en las situaciones en las que el embarazo, el parto y el o la bebé son saludables. Es así que comienza este proceso de expropiación, que tecnocratiza y medicaliza las maneras de parir, lo cual, siguiendo a Arguedas Ramírez (2014), constituye el eje medular de la colonización del cuerpo de las mujeres.

Este corte del período histórico tiene como objetivo esclarecer la conformación de los procesos sexuales y reproductivos como una cuestión de interés e injerencia estatal, es decir, cuándo, cómo y mediante qué discursos, estas necesidades, que habían sido hasta entonces consideradas de índole femenina y privada, pasaron formar parte de discusiones de un público masculino y profesional y a ser objeto de las intervenciones y las políticas del Estado. Estas intervenciones constituyen el origen de la VO, es decir, el proceso de institucionalización de la apropiación de los cuerpos y procesos sexuales y reproductivos femeninos por parte de los hombres y el Estado.

Tal revisión habilita a analizar la repercusión de estos hechos históricos en las subjetividades, indagar qué ideas y mandatos sobre los procesos sexuales y reproductivos femeninos han permanecido en las representaciones y prácticas de profesionales de la salud y de la población usuaria del servicio sanitario. Esto lleva a examinar y, a su vez, desnaturalizar las intervenciones sociales y estatales existentes, cuestionarlas y entenderlas como un proceso complejo, que articula actores e intereses en conflictos y que se define en una disputa de sentidos mediante la hegemonización de ideologías, discursos y categorías. El entendimiento de este proceso de lucha por el reconocimiento de las necesidades es necesario para el abordaje en el campo sanitario si se sostiene una noción de salud, no como un estado, sino como una capacidad de lucha, que pone en el centro de la cuestión la participación ciudadana y el rol de las organizaciones colectivas (Ferrandini, 2000).

A partir de esta reconstrucción diacrónica de la problemática, surgieron interrogantes que nutrieron la descripción y análisis del área de salud, específicamente de los establecimientos sanitarios a los que recurren los y las agentes de la práctica de intervención que sustenta este trabajo: el CS 67 y el Hospital Materno Neonatal Dr. Ramón Carrillo<sup>33</sup>. En relación a las políticas sociales y las prácticas de atención sanitaria, surgieron las preguntas acerca de la organización del servicio, del enfoque predominante, de los rasgos y mandatos que prevalecen y reproducen, de las visiones acerca de las mujeres y sus procesos sexuales, entre otras variables. Esto permite conocer y analizar cómo es el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres del sector social en donde se intervino y evaluar si las políticas y prácticas de salud promueven la garantía de los mismos, aportando al ejercicio de ciudadanía de las mujeres.

Para realizar estos análisis fue necesario, en primer lugar, entender la configuración histórica del campo sanitario, que es el espacio en el que se define y se expresa la VO. Por ello, en el siguiente apartado se repasarán los procesos que se conjugaron para que la cuestión salud fuera reconocida como una necesidad social y el Estado asumiera la responsabilidad de garantizarla a toda la población a partir de la atención sanitaria pública.

#### **1.4 La salud como derecho**

Anteriormente se expuso que las intervenciones sociales sobre los procesos sexuales y reproductivos femeninos no siempre fueron de injerencia estatal, sino que hubo actores que argumentaron en favor de tal necesidad. De la misma manera, siguiendo a Acuña y Chudnovsky (2002), en su caracterización sobre la evolución histórica del sistema de salud, se puede advertir que el Estado no siempre se ocupó de la salud pública y que las políticas desde las cuales la abordó fueron variando a lo largo de cada período histórico.

---

33 En adelante, se usará la sigla HMNRC en referencia al Hospital Materno Neonatal Dr. Ramón Carrillo.

La primera vez que la salud se toma como cuestión de Estado fue durante el primer gobierno de Perón. De acuerdo a quienes se cita en el párrafo anterior, en esa época hubo un cambio de paradigma con respecto al modelo sanitarista existente, que entendía tal problemática como una cuestión individual, siendo abordada desde las sociedades de beneficencia. A partir de 1945 la salud como responsabilidad del Estado se convierte en una idea dominante, lo que tuvo como consecuencia la expansión de la cobertura sanitaria, impulsada desde el gobierno central y el desplazamiento de los modos previos de abordarla.

Para entender estos procesos en donde la salud pasa a reconocerse como una necesidad social de interés específico para el Estado, es necesario exponer algunos conceptos claves que dan cuenta de cómo, ciertas cuestiones pasan a formar parte de la agenda pública estatal, en el contexto de la dinámica de las sociedades capitalistas modernas.

Tomando los aportes de Grassi (2003) se puede advertir la doble constitución del Estado, como moderno y capitalista. Esta noción recupera la contradicción fundamental del Estado, es decir, de un modo de organización política y social que predica la libertad e igualdad a partir de los derechos que garantiza a sus ciudadanos, pero que los expone a condiciones de dependencia y desigualdad, inherentes al capitalismo.

Según la autora, la cuestión social es la expresión máxima de esta configuración política, económica y social contradictoria y para garantizar su perpetuación, el Estado debe reconocerla como propia, activando decisiones, acciones u omisiones que, en nombre del bienestar general, condensan intereses hegemónicos. Estas intervenciones estatales son las políticas sociales que originan al estado moderno, como un producto del modo de producción capitalista.

Aunque la cuestión social sea la expresión de las contradicciones del capitalismo, no se manifiesta de manera clara y transparente, sino que se presenta como problema socialmente construido, a partir de categorías y matrices culturalmente hegemónicas de un período histórico particular. Las maneras en que se la conceptualiza y define condicionan los modos de su abordaje y van configurando a su vez un modelo estatal.

En este sentido, se entiende la política social como proceso, que pone en juego aspectos sociales, políticos, institucionales, económicos, culturales e históricos. Y como dispositivo que, desde su artificialidad, no sólo expresa o responde a unas condiciones de vida históricamente dadas, sino que las construye, a partir de intervenir en ellas y en las formas de la reproducción social, como saldo de la lucha política (Danani, 2009).

Según Esping-Andersen (1993), los perfiles o rasgos que asumen las políticas sociales de los Estados de bienestar permiten clasificar diferentes regímenes que se inscriben en múltiples dimensiones, de manera que van construyendo condiciones de vida, configurando agentes, prácticas y sentidos. En cuanto a lo que diferencia a estos modelos, el autor relaciona el

reconocimiento de derechos sociales por parte de los estados (con la consecuente desmercantilización de satisfactores para garantizarlos), y la estratificación del bienestar que resulta de tal intervención estatal. Teniendo en cuenta estos aspectos, el autor clasifica tres tipos de regímenes según la centralidad que tengan el estado, el mercado y la familia en los procesos de satisfacción de necesidades. Y denomina estas tres variantes como liberal residual, conservador corporativo y socialdemócrata universalista, asociando en cada categoría una dimensión política y una institucional.

Con estos aportes y retomando el análisis histórico de Acuña y Chudnovsky (2002), se puede interpretar, desde un punto de vista práctico, que en el primer gobierno peronista es la primera vez que se reconoce a la salud como un derecho social. Tal interpretación se respalda en el ambicioso programa de obras públicas y de expansión de servicios sanitarios a lo largo del territorio nacional, a través del cual se desmercantizaron los recursos que podían garantizar el acceso a una salud integral. Por su parte, Moyano y Escudero (2005), reconocen que las políticas estatales en salud no volvieron a obtener la trascendencia que alcanzaron durante la gestión del Dr. Carrillo (ministro de salud del primer gobierno peronista). A su vez, advierten que, aunque el derecho a la salud no está expresado en el texto constitucional, la reforma de 1994 incluye tratados internacionales y les consagra una jerarquía superior a las leyes, con lo cual se constituyen en obligaciones formales para el Estado.

El artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) afirma que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”, y en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), los Estados Partes reconocen “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Estos y otros tratados obligan a los gobiernos y a las autoridades públicas a establecer políticas y planes de acción para que todas las personas tengan acceso a la atención de la salud en el plazo más breve posible.<sup>34</sup>

Continuando con el análisis histórico, se puede afirmar que, en el primer gobierno peronista, además de la salud, la educación y la vivienda también fueron entendidas de manera integral en el marco de derechos como problemas de interés social y estatal, a partir de un conjunto de políticas públicas de rasgo universalista. Esto da cuenta de un régimen con características correspondientes al modelo socialdemócrata, en lo que refiere a la desmercantilización de los recursos y al protagonismo estatal en los procesos de satisfacción de estas necesidades sociales. Tal afirmación se sostiene en los aportes de Isuani y Mercer (1988), quienes establecen que, durante el primer gobierno de Perón, el Estado se apoyó en una efectiva

---

34 Información recabada de <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/derecho-la-salud-i>. Última visita: 25/10/18.

distribución de los bienes y servicios, tomando como prioridad la importancia del gasto público en la garantía de derechos sociales, lo que tendió a mejorar las condiciones de vida y los niveles de consumo de los sectores que hasta entonces habían tenido un acceso restringido a ellos.

Pero también, durante esta etapa la política social presentó una dinámica conflictiva, que delineaba una estratificación dualista de integración-marginalidad, ya que el acceso al bienestar estaba determinado por las condiciones de lo laboral, que en ese momento aparece como inclusivo. Por un lado, los/as trabajadores/as se incorporaban al proceso productivo, beneficiando a la mayoría poblacional con la seguridad social, pero, por otro lado, los marginados y los llamados grupos de alto riesgo, excluidos de las posibilidades de venderse como fuerza de trabajo, esperando ser partícipes del proceso de inclusión, eran atendidos por la política de asistencia social que normatizaba la existencia de este sector (Rozas, 2001). Dichas categorías fueron las formas en la que se producía y expresaba la cuestión social, dentro del marco de las nuevas relaciones sociales.

En el siguiente período, que Acuña y Chudnovsky (2002) denominan “descentralización del sistema (1955-1978)” (p. 22), tras el derrocamiento de Perón se inició una reforma tendiente a transferir hacia provincias y municipios las responsabilidades técnicas y administrativas de los establecimientos sanitarios públicos. Sumado a esto, los sindicatos que fortalecieron su poder de lucha como actores políticos durante el peronismo y a través de la creación de sus obras sociales, disputaron mayores beneficios para el colectivo asalariado al que representaban. La preponderancia de las obras sociales administradas por los sindicatos y dependientes de los cambios políticos y laborales, permitió que funcionaran como eje del sistema prestacional sanitario, desplazando al Estado en su rol como garante del derecho a la salud. Esto redujo la importancia del sector público y relativizó la necesidad de la descentralización fiscal, a pesar de que desde el gobierno central se traspasaron hacia las provincias y municipios un número importante de servicios asistenciales.

En este sentido, la política de salud estaba fuertemente condicionada por un contexto de estratificación social, distinguiendo los tipos de acceso a la satisfacción de las necesidades y generando una prestación desigual y fragmentada en los servicios que garantizaban los derechos sociales, determinados por la posición en la estructura laboral y según el sector social al que se pertenecía. Esta condicionalidad marcará el desarrollo de las políticas sanitarias, especialmente en lo que se refiere a la inequidad en el acceso y la calidad de las prestaciones de salud.

Las características de esta etapa pueden enmarcarse en un régimen de bienestar conservador corporativista, en función de la importancia que las corporaciones sindicales adquieren en las relaciones con el estado para definir las intervenciones sobre los procesos de satisfacción de necesidades sociales y las condiciones de vida.

Siguiendo a Acuña y Chudnovsky (2002), se puede decir que el proceso anterior se concreta en el último período de descentralización orientado por las relaciones financieras entre la nación y las provincias, inaugurado en 1976 por el último gobierno de facto. Las políticas descentralizadoras estuvieron caracterizadas por la ausencia de acuerdos entre los niveles jurisdiccionales y de compensaciones de presupuesto por la transferencia de instituciones sanitarias nacionales hacia las provincias. Entre las medidas de transformación del sector salud se destaca la fijación de aranceles en los servicios asistenciales públicos y el desarrollo de un mercado de servicios de salud por la ausencia de orientación y fiscalización del estado.

De acuerdo a quienes se citaron en el párrafo anterior, con el regreso de la democracia en 1983 la crisis económica que afectaba al país forzaba el deterioro de los servicios sanitarios y, aunque se pretendió mejorar la cobertura y equidad articulando los diferentes subsectores, el privado aumentó su importancia. Finalmente, en los años noventa, el gobierno democrático neoliberal menemista retoma las políticas descentralizadoras, transformando marcadamente las políticas sociales y el rol garantista del estado. Claramente se puede ubicar estos procesos dentro del régimen liberal residual, donde el mercado es la institución central para la distribución de bienestar social y el estado reduce su acción a la asistencia residual de la población imposibilitada de acceder a la compra de bienes y servicios para la satisfacción de sus necesidades.

Las diferentes transformaciones en cada período histórico propiciaron u obstaculizaron la definición y reconocimiento de problemas como necesidades, diferenciaron el conjunto de las políticas sociales en respuesta a los problemas particulares y configuraron Estados con rasgos de distintos regímenes de bienestar. Estos análisis condujeron a puntualizar las siguientes preguntas: ¿Qué fuerzas juegan en la lucha por el reconocimiento de las necesidades? ¿Qué procesos definen el tipo de régimen de bienestar particular asumido por un Estado? Para intentar dar respuestas a estos interrogantes en el apartado siguiente se analizarán las fuerzas sociales que históricamente lucharon por la definición de los procesos sexuales y reproductivos como necesidades sociales.

### **1.5 La salud sexual y reproductiva como derecho**

En apartados anteriores se realizó un acercamiento a las ideologías, argumentos y proyectos pronatalistas que fundamentaron la necesidad de intervención del Estado en los procesos sexuales y reproductivos femeninos y que permearon las políticas y programas de salud pública. Estas intervenciones significaron la construcción social de la mujer como heterosexual, madre, dependiente y anclada a lo doméstico, con el objetivo de encauzar la reproducción de la

sociedad. Ello implicó distancias entre la experiencia de estos procesos como un ejercicio de derechos enmarcados en la libertad y la autonomía.

Sin embargo, un colectivo de mujeres, constituyéndose como agentes organizadas disputaron mediante la movilización social su lugar en el espacio público y lograron el reconocimiento de diversos derechos que históricamente le fueron negados. Es así como la participación política de los movimientos feministas y de mujeres fue la estrategia mediante la que se logró la conquista de la salud sexual y reproductiva como derechos para el género femenino.

Para entender estos procesos se retomarán los aportes de Esping-Andersen (1993), quien, en su clasificación de regímenes de bienestar, propone un modelo interactivo con enfoque coalicionista para definir cada régimen. Dicho modelo es superador, tanto de explicaciones estructurales funcionalistas que ven al Estado de bienestar como dispositivo funcional al capitalismo; como de los paradigmas de movilización de clase que lo conciben como un instrumento para la erradicación de las clases sociales. El autor reconoce las movilizaciones sociales, resaltando los procesos de coalición entre diferentes actores para explicar las transformaciones del Estado de bienestar y de sus políticas sociales. Esto pone el acento en la agencia, las estrategias y la gestión de los sectores sociales subalternos que, en su constitución colectiva como actores, disputan el reconocimiento de la satisfacción de necesidades como derechos que deben ser garantizados por el Estado.

El reconocimiento de este rasgo constructivo del Estado de bienestar, constituido por la agencia y movilización de los sectores sociales, coincide con la teoría de la politización de las necesidades de Fraser (1994). Para la autora, no cualquier conflicto se transforma en problema-objeto de intervención estatal, sino solo aquel que logra fugarse de los enclaves doméstico y económico, para entrar en un espacio social público. Esto pone el eje en los discursos políticos que los actores, generalmente colectivos, construyen para fundamentar que sus necesidades y problemáticas deben ser foco de intervenciones del Estado.

Según la autora mencionada, la politización de una necesidad o problemática atraviesa tres momentos: el primero es la lucha por establecer o negar el estatuto político de una necesidad dada y validarla como asunto de legítima preocupación política, el segundo es la lucha sobre la interpretación de la necesidad, por poder definirla y así determinar con qué satisfacerla. El tercer momento es la lucha por la satisfacción de la necesidad, por asegurar o impedir la disposición correspondiente. Desde estas lecturas se puede analizar cómo los movimientos feministas y de mujeres han atravesado esos procesos de lucha a nivel nacional e internacional, y han logrado politizar el goce, el disfrute, la intimidad, la identidad de género, la orientación sexual, el acceso a información, prácticas y métodos anticonceptivos, comprendidos como derechos a la salud

sexual y reproductiva que los organismos internacionales reconocen y los Estados deben garantizar.

Las primeras intervenciones estatales sobre los procesos sexuales y reproductivos estaban fundamentadas en el control del cuerpo y la vida de las mujeres, lo que resulta incompatible con la noción de derechos. En 1974, el decreto 659 prohibía el control de la natalidad y restringía la venta de anticonceptivos, justificándose y expresándose en contra de los bajos índices de crecimiento poblacional. En 1977 el gobierno militar se pronunciaba a través de otro decreto en la misma línea prohibicionista (Zamberlin, 2003)

La vuelta al gobierno democrático benefició el desarrollo de los derechos sexuales porque significó una apertura del escenario político a la discusión de temas excluidos del debate público. La reivindicación de estos derechos fue protagonizada por los movimientos feminista, de mujeres y las denominadas minorías sexuales y estuvo enmarcada en las diferentes conferencias internacionales, como la del Cairo, en 1994 y la de la Mujer en Beijing, en 1995<sup>35</sup>. Estos movimientos logran politizar relaciones sociales que hasta el momento habían sido consideradas privadas y naturales, fugándolas del espacio doméstico a partir de recursos discursivos, para obtener el estatuto político de legítima preocupación estatal. A partir de allí, los procesos sexuales y reproductivos empiezan a definirse públicamente como problema social y reivindicarse como derecho, cuya garantía es exigible al Estado.

En consecuencia, finalizando los años noventa hasta lo transcurrido del siglo XXI el Estado argentino sancionó numerosas leyes que reconocen los derechos de las mujeres, como los de la salud sexual y reproductiva, la vida libre de violencias y la equidad de género. Puntualizando en la definición de la VO como problema social, se trató también de un proceso que puso en espacios de debate público hechos de la realidad que se creían de índole privada de las mujeres. El movimiento feminista, a través de la construcción de un marco de referencia, pudo interpretarlos como tratos desiguales y violentos para las mujeres, lo que permitió que la sociedad civil comenzara a reconocer y denunciar un problema en las prácticas obstétricas cotidianas, proclamando respeto y autonomía para las mujeres. Estas denuncias se plasmaron en luchas, mediante las cuales se obtuvieron las leyes nacionales 25.929 del año 2004, conocida como ley de Parto respetado y la definición de VO como acto condenable, en el inciso “e” del artículo 6 de la ley 26. 485 de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, del año 2009 (Jerez, 2015).

Los discursos sobre las necesidades se expresan en un espacio de disputa, donde la definición de una problemática implica una teoría de la acción. Pero la contienda no termina en

---

35 Consultado en [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-71832006000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832006000200003) el 20/03/18.

el reconocimiento político de una necesidad y la definición oficial de los modos de satisfacerla, ya que también la política social se reinterpreta y redefine en los procesos de gestión, donde las prácticas de los y las profesionales de la salud responden a sus posiciones en el campo sanitario y a sus hábitos, condicionados por las particularidades de cada contexto sociohistórico. En este sentido, puede verse a las políticas sociales como procesos dinámicos, que se reproducen y/o transforman en la gestión, entendida como espacio privilegiado (Chiara y Di Virgilio, 2009). El espacio es privilegiado porque es de disputa, allí las y los agentes van adhiriendo o poniendo en crítica los fundamentos de las políticas sociales en sus intervenciones profesionales, condicionando a través de sus prácticas la garantía de los derechos sociales.

En este sentido, cobra importancia analizar las particularidades del sistema sanitario argentino, identificar las estructuras objetivas y subjetivas que lo condicionan, desentrañar las prácticas de las y los agentes que lo conforman. Identificar las dificultades y oportunidades del sistema sanitario es una tarea necesaria para el abordaje de la VO, e ineludible para un ejercicio del trabajo social que intente inscribirse en la promoción y garantía de los derechos de las mujeres, posibilitando generar espacios que permitan el ejercicio real de su ciudadanía. Este sentido fundamenta el análisis del sistema de salud argentino en el siguiente capítulo.

## **Capítulo 2**

# **El sistema de salud como campo de intervención**

## **2.1 El modelo médico hegemónico en la atención sanitaria**

En apartados anteriores se expuso que la medicina y el Estado fueron actores interdependientes en el proceso de conformación de este último como moderno-capitalista, lo que significó modificaciones en las dimensiones materiales y simbólicas de la vida social. En la misma línea, Carballada (1994) afirma que la medicalización de la sociedad consolidó el nuevo orden del Estado moderno a partir de la construcción de una nueva moral que, introducida lenta y sutilmente en la vida cotidiana, especialmente de los sectores más desposeídos de la sociedad, dio sentido a las instituciones modernas. Es así, como esta disciplina centrada en la razón científica, pudo expandirse y hegemonizarse de la mano del Estado, quien consagró sus mecanismos científicos como necesarios para organizar la disciplina del orden social vigente.

A partir de estas afirmaciones se entiende que la atención sanitaria se fundamenta y sostiene en la biomedicina y se configura a partir de ella un enfoque hegemónico, que se expresa en las políticas públicas y en las organizaciones del sector salud, conformando una dinámica institucional particular. Se constituye así un campo, una estructura de posiciones y relaciones objetivas y subjetivas, que condiciona las prácticas de las y los agentes del sistema sanitario (Gutiérrez, 2002), es decir, no solamente las de profesionales de la medicina, sino las de todo el personal que conforma un equipo de salud, como también las de la población usuaria.

Para analizar dicho campo, se recurrirá a los aportes de Menéndez (2003), quien realiza una caracterización de los rasgos que estructuran la biomedicina. Ello, permitirá entender y enmarcar prácticas y discursos, además de avizorar posibles cursos de acción en el diseño de la estrategia de intervención.

El autor denominó modelo médico hegemónico a una construcción metodológica que le permitió observar lo que caracteriza y orienta a la biomedicina, pero advierte que tal modelo es una construcción heurística para indagar la realidad, que no debe entenderse como la realidad misma. Además, afirma que el rasgo dominante de este modelo es el biologismo, que, a nivel ideológico y técnico, constituye el eje central de la formación profesional, lo que lo convierte, además, en el principio de identificación y diferenciación de la biomedicina con respecto a otras formas de atención sanitaria, como por ejemplo las populares, las alternativas o new age, las centradas en la autoayuda, entre otras. Esto implica que los principales contenidos de formación se den a partir de la investigación biológica, bioquímica y genética, condicionando las representaciones, explicaciones y soluciones que se planteen para abordar los procesos de salud-enfermedad, que enmarcados en el enfoque biologista, dejarán en posición subalterna los procesos históricos, sociales y culturales.

Un ejemplo de este enfoque biologista es una atención de los procesos sexuales y reproductivos donde lo principal sea lo biológico, quedando los procesos sociales y culturales

como dato secundario o en consideración negativa respecto de los procesos de salud-enfermedad. Si se analiza, por ejemplo, el manual para la Preparación integral de la maternidad<sup>36</sup> que orienta la realización de talleres destinado a mujeres embarazadas y sus acompañantes, se puede advertir que el eje de los objetivos y contenidos está puesto en los aspectos anatómico y fisiológico de los procesos de embarazo, parto y puerperio, mientras que lo psicológico, social y cultural, aunque se mencione su importancia para el abordaje integral planteado en la guía, son aspectos relegados al último capítulo denominado “temas especiales”.

Esa guía, además, hace alusión frecuentemente a los miedos de la mujer ante el proceso de embarazo y parto, pasando por alto otros capitales sociales y culturales que las agentes podrían aportar para el entendimiento y abordaje de tales experiencias. Esto puede ser interpretado como un ejemplo de la consideración en sentido negativo de los aspectos no biológicos, de las cuales habla el autor antes citado, en tanto solo son tenidos en cuenta mientras se constituyan como obstaculizadores de la intervención profesional.

Por otro lado, tampoco se problematizan las razones de los supuestos miedos de las mujeres, de lo cual se infiere una naturalización y reproducción del estereotipo de género inscripto en la representación social construida de la mujer embarazada o en proceso de parto. A partir de allí, se la asume, en relación con profesionales sanitarios, como ignorante, ingenua, temerosa o incapaz. Esto puede entenderse también como la construcción de saberes subyugados, entendidos como un conjunto de conocimientos descalificados, considerados inadecuados o insuficientemente elaborados, saberes ingenuos adjudicados a las mujeres y que son localizados en la base de la jerarquía del saber (Arguedas Ramírez, 2014).

Cabe aclarar que en el proceso de prácticas que orienta este trabajo, una de las primeras actividades propuestas para las mujeres, fue el taller Cambio de luna, que tomaba algunos aportes acerca de los aspectos biológicos del proceso de embarazo y parto propuesto de esa guía. Pero se intentó un abordaje integral desde una práctica fundada en el trabajo social, pretendiendo que los procesos sociales y culturales tuvieran la misma centralidad que lo biológico, atravesando, además, la intervención por el enfoque de género. De esta manera se abordaron temas relacionados a los procesos y derechos sexuales femeninos, como por ejemplo la experiencia de la primera menstruación, las significaciones y representaciones de las participantes y el imaginario social construidos acerca de tales procesos, como también las desigualdades entre los saberes populares y los conocimientos científicos.

Otro aspecto de los servicios del sistema de salud que señala Menéndez (2003) es que en el enfoque biologista, la labor médica cotidiana, que conforma la investigación clínica, se

---

36 El manual es una herramienta de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación puesta a disposición de los equipos de salud interdisciplinarios para trabajar en el modelo de atención de las madres y sus hijos/as recién nacidos/as.

establece como campo de aplicación, no de generación de conocimiento, lo que supone una subordinación con respecto al campo de investigación. Un emergente de este proceso, es que el médico renuncia a sus capacidades para detectar y analizar síntomas de padecimientos, referenciando su práctica cada vez más en indicadores objetivos, que son “los signos producidos por diferentes tipos de análisis, es decir por pruebas objetivas” (p.196). Esta consideración exclusiva de los indicadores objetivos se relaciona con otro rasgo que el autor define como el criterio de diferenciación decisivo de la biomedicina: la racionalidad científica, que se expresa principalmente en la dimensión biológica. En este rasgo se sintetizaría la identificación profesional con la ciencia, excluyendo otros criterios considerados no científicos y las referencias socioculturales.

Como consecuencia de estos procesos Menéndez (2003) señala la “tendencia a reducir cada vez más el tiempo de la relación médico-paciente y especialmente el tiempo dado a la palabra del paciente” (p.195). Pero también se reduce la palabra del médico, lo cual se refleja en la reducción de las historias clínicas del primer nivel de atención, que se limitan a enumerar datos de la situación económica y demográfica, una descripción del tratamiento prescripto, mencionando poca información de diagnóstico y evolución del padecimiento.

En este contexto, según el citado autor, cada práctica sanitaria está condicionada por una dinámica institucional que reproduce la relación asimétrica históricamente construida por la biomedicina, ignorando las reflexiones teóricas provenientes de las ciencias sociales que critican estas tendencias y advierten sobre “la importancia de la relación médico/paciente, para el diagnóstico y para el tratamiento, y en consecuencia la necesidad de mejorarla, de hacerla más simétrica, de incluir no sólo la palabra del paciente sino sus referencias socioculturales” (p.195).

Un ejemplo de estos procesos son las restricciones de tiempo que condicionan las consultas del CS 67, donde la cantidad de profesionales disponibles para la atención no se relaciona a la cantidad de usuarios/as que demandan el servicio de salud. En este contexto, algunas consultas por embarazo duran diez o quince minutos, realizándose principalmente un control de los aspectos biológicos del proceso de embarazo, donde se toman como referencia las medidas de peso y de abdomen, los estudios bioquímicos o de bioimagen, entre otros indicadores objetivos. Puede inferirse, además, por el poco tiempo, que la palabra de las y los agentes implicados en la consulta se reduce al control médico, mientras se asume tácita o explícitamente que la palabra de los/as profesionales es la autorizada y experimentada. Ello remite a la configuración de relaciones asimétricas, como características del modelo que el autor citado analiza.

Considerando los aportes del autor, en referencia al enfoque biólogo expresado en la condicionalidad del tiempo, se puede realizar un análisis de las historias clínicas perinatales<sup>37</sup> (Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la mujer y Reproductiva, 2017) que son completadas por las y los profesionales del primer nivel de atención, en cada consulta por embarazo. En el marco del proceso de prácticas que sustenta este trabajo, el primer acercamiento a las mujeres que atendían sus procesos de embarazo y puerperio en el CS 67, fue a partir de la revisión de estas historias clínicas, de donde se recabó información necesaria para convocarlas a las actividades propuestas durante todo el proceso de intervención.

Algunas de estas fichas no tenían completos datos importantes para analizar el acceso de las mujeres a una atención de salud sexual y reproductiva de calidad como, por ejemplo, la información referida a la planificación del embarazo, el uso, tipo frecuente y falla del método anticonceptivo, la cantidad de hijos, entre otros indicadores pertinentes. Que no se haya indagado esta información importante, quizá esté asociado a la escasez del tiempo destinado a tal espacio, lo cual permitió solamente el seguimiento de aspectos biológicos del embarazo. Lo que interesa señalar a partir de este ejemplo es que, si tal situación se repite constantemente, se va perfilando, practicando y aprendiendo una modalidad, una lógica de atención reducida a lo biológico, que establece tal aspecto como central, secundarizando o ignorando los condicionantes sociales de la salud. Esta lógica se reproducirá luego en las distintas prácticas sanitarias.

Cabe mencionar que, aunque el campo sanitario esté condicionado por el modelo médico hegemónico, no todas las modalidades y situaciones de atención se inscriben en esa lógica, sino que juegan en tal definición otros aspectos como los intereses, posibilidades, recursos y habilidades personales de cada profesional. Aun así, Menéndez (2003) remarca que “el médico no tiene formación profesional sobre los factores y procesos sociales y culturales que inciden en el desarrollo y mantenimiento de los padecimientos” (p. 194). Cabe agregar en ese sentido que durante la experiencia de estas prácticas, integrantes del equipo interdisciplinario del CS 67 expresaron la necesidad de abordar en el taller Cambio de luna aspectos sociales y culturales relacionados al embarazo que no podían tratar en el espacio de consulta médica por falta de tiempo, mientras que cuando se les propuso un modelo para abordar aspectos no biológicos en las consultas obstétricas, mostraron interés y pudieron reflexionar y hacer autocrítica a su labor.

Del análisis realizado acerca de las consultas en el CS 67 se puede advertir, también, cómo el contexto institucional condiciona las relaciones entre el personal sanitario y la población

---

37 Las historias clínicas perinatales forman parte del Sistema Informático Perinatal (SIP) del Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR). Son fichas estándar de recolección de datos e información que se completa durante todo el proceso de gestación, contienen información necesaria relevante para una adecuada evaluación de la gestación (datos personales, antecedentes, exámenes y controles durante el embarazo en el primer nivel de atención hasta el momento del parto). En el primer control la mujer recibe el carnet perinatal, que es una copia de la historia clínica perinatal.

usuaria para que se desarrollen en sentido asimétrico en vez de promover un trato igualitario, construyendo así un ambiente propicio para que se den situaciones de violencia simbólica. Esto se puede inferir de la atención de consulta obstétrica, cuando las mujeres no han programado o elegido su embarazo: si en la labor profesional no se indaga en relación a esto y se acompañan tales procesos de manera genérica, como si todas las mujeres experimentaran felicidad ante un embarazo, se está invisibilizando y por lo tanto violentando simbólicamente la subjetividad de las usuarias respecto de la situación que atraviesan. Además, en tal atención sanitaria no se estarían considerando diversos aspectos de las trayectorias de las agentes, que permitirían un abordaje integral de los procesos de embarazo, parto y puerperio, en sus dimensiones biológica, social, cultural y psicológica. Tampoco se estaría construyendo información pertinente que permitiera conocer los significados y prácticas de las mujeres en relación a sus procesos de salud sexual y reproductiva, o sobre el acceso a servicios sanitarios de calidad que deberían garantizarlos. Mucho menos se estaría dando lugar o promoviendo la participación y decisión de las mujeres como protagonistas de sus propios cuerpos y procesos sexuales y reproductivos.

En estas condiciones, el espacio de consulta por embarazo se corresponde con el enfoque biomédico, el cual está caracterizado por la reducción del tiempo y de la palabra de las/los profesionales y de la población usuaria, por abordajes biologists que subalternizan los saberes y sentidos de las mujeres, y por vinculaciones asimétrica. Así, esta instancia de atención es poco propicia para promover la autonomía de las mujeres y garantizar lo que establece la ley nacional 25.929, en referencia al derecho a ser informadas sobre su proceso de embarazo, parto y posparto y sobre las distintas intervenciones que pudieran suceder, lo que les permitiría decidir y optar libremente cuando existieran alternativas (art. 2, inc. a). En este contexto, cabe preguntarse qué calidad de información puede consultar, recibir y cuestionar la mujer sobre los procesos que atraviesa y atravesará, y, en consecuencia, qué elecciones puede realizar. Además, se pueden advertir los condicionamientos para la participación de la mujer en el momento del parto, donde, según la citada ley, se le debe facilitar un rol protagónico (art. 2, inc. c). Esto no podría estar siendo garantizado si no se considera la calidad de la atención, en lo que respecta a la relación asimétrica y la dinámica biomédica desarrollada en las consultas por embarazo.

Frente a esta situación se advierte la necesidad de la interdisciplinariedad en la atención de los procesos sexuales y reproductivos, lo cual remite a equipos sanitarios con un enfoque de salud integral que puedan realizar abordajes interdisciplinarios a partir de la construcción de dispositivos que permitan referenciar diferentes dimensiones de los procesos de salud-enfermedad. En relación a la atención del embarazo, por ejemplo, es importante que esta instancia promueva la participación protagónica de las mujeres, que sea informada de sus derechos sexuales y reproductivos, de los servicios y recursos a los que debería tener acceso, que

se aborden los aspectos sociales y culturales del proceso, que se respeten y consideren sus deseos y necesidades, que se valoren sus palabras y saberes.

En relación a estos análisis cabe mencionar que en este proceso de intervención se presentó como propuesta una guía para abordar la instancia de consulta por embarazo, intentando ampliar el enfoque hacia aspectos históricos, relacionales y emocionales de los procesos de embarazo, parto y puerperio de cada mujer. Para tal fin, la guía presentaba los derechos del embarazo y el parto y preguntas abiertas que propiciaran el diálogo entre las y los agentes que conforman la instancia de consulta, buscando promover y acompañar procesos de empoderamiento a partir de la atención de salud sexual y reproductiva. Esta propuesta se detallará en el último capítulo, donde se desarrollan las cuestiones metodológicas y operativas del proceso de intervención.

Según Menéndez (2003), la investigación biomédica permitió el proceso de expansión de la biomedicina, el cual se da en dos niveles, el primero es el de la actividad profesional, referenciado en el nivel de cobertura de atención alcanzado, la cantidad de profesionales, de camas hospitalarias, de partos atendidos, de cesáreas, etc., comparados con los indicadores de otras formas de atención. El segundo nivel de expansión tiene que ver con el proceso de medicalización, lo que implica la patologización de los procesos vitales que conforman la vida cotidiana de los y las agentes. De esta manera se asumen como enfermedad ciertos acontecimientos, en vez de ser entendidos como conflictos o como situaciones vitales cotidianas. Un claro ejemplo de esto es la concepción del parto como un problema quirúrgico y como proceso patológico, lo que desencadenó cesáreas innecesarias y la medicalización del proceso de parto, a partir de las técnicas de inducción para acelerar su desarrollo. Tratar el parto como un problema médico tiene como consecuencia, además, el reemplazo del protagonismo de las mujeres por la centralidad del saber-poder de los y las profesionales de la salud.

Estos procesos de medicalización y patologización en la atención de la salud sexual y reproductiva se ejemplificarán en los apartados siguientes, donde se analiza la dinámica institucional del HMNRC, que es el espacio donde atraviesan el parto la mayoría de las mujeres que atendieron su embarazo en el CS 67. En dichos apartados también se analiza la organización de la atención sanitaria argentina, donde el modelo médico hegemónico se expresa y conjuga con otros procesos que condicionan las prácticas de los y las agentes, poniéndose en juego la garantía del derecho a la salud de las y los usuarios/as del servicio sanitario.

## **2.2 La organización del servicio de salud**

Siguiendo a Isuani y Mercer (1988), se puede decir que la atención sanitaria en Argentina se organiza a partir de un sistema conformado por tres subsistemas particulares: el público, el de

las obras sociales y el privado. Cada uno orienta su funcionamiento en lógicas distintas: el subsistema público se fundamenta en los derechos ciudadanos brindando una prestación sanitaria universalista, el de obras sociales se basa en la relación beneficiario-contribuyente, mientras que el privado condiciona la atención de salud a la capacidad de pago en una lógica de mercado. El sistema de salud, organizado bajo esas tres modalidades, se caracteriza por la segmentación y la fragmentación, implicando un funcionamiento irracional, con altos niveles de estratificación e inequidad en el acceso a la atención y atentando contra el ejercicio pleno del derecho a la salud, que el Estado debe garantizar a toda la ciudadanía.

Los problemas de segmentación se relacionan a la coexistencia de tres subsistemas con enfoques que difieren respecto al origen de sus recursos, a la diferenciación de la población objetivo (definida según la condición laboral, la capacidad de pago, los niveles de ingreso y la posición social), y a la provisión de los servicios de salud. En consecuencia, según lo expresan los autores citados anteriormente, los sectores de mayores ingresos acceden a la prestación privada, los de ingresos medios asalariados reciben el servicio a través de la seguridad social, mientras que para los sectores de bajos ingresos la única alternativa es el subsistema público. Esta diferencia en el acceso, significa además una asignación diferenciada de recursos y servicios para cada modelo, lo cual implica que algunos de ellos puedan proveer mayor y mejor atención a ciertos sectores sociales, en tanto otros quizás tengan dificultades para garantizar un servicio de calidad a la población.

Los problemas de fragmentación tienen que ver con la coexistencia de diferentes subsistemas que, aun formando parte de un todo, operan sin integración ni articulación. Según Acuña y Chudnovsky (2002), esto se explica también en la ausencia de coordinación del Ministerio de salud, que es el organismo del Estado nacional encargado de lograr el funcionamiento integrado de la red de servicios sanitarios, a partir de los procesos de descentralización del sistema. En consecuencia, no sólo existe desarticulación entre los distintos subsistemas, sino que también dentro de ellos, entre los diferentes niveles jurisdiccionales del subsistema público y por la cantidad de organizaciones heterogéneas de los subsectores de las obras sociales y privado. Esta falta de racionalidad de la estructura organizativa se expresa en el uso ineficiente de los recursos y los bajos niveles de equidad y calidad en los servicios.

### **2.2.1 Restricciones en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres**

Los problemas de segmentación y fragmentación provocan inequidad en el acceso a la salud de la población en general, pero impactan de manera particular en las mujeres, reproduciendo la desigualdad social y de género en el ejercicio de sus derechos, especialmente en los sexuales y reproductivos. En referencia a la estratificación en el acceso a la atención

sanitaria, producida por la fragmentación institucional, Isuani y Mercer (1988) hablan de la relación entre el nivel socioeconómico de la población y el acceso a las instituciones de servicios de salud. A partir de ello se puede inferir que, mientras las mujeres de sectores sociales con ingresos medios y altos pueden acceder a la atención sanitaria y a los diferentes métodos anticonceptivos para su salud sexual a través de los tres subsistemas sanitarios (privado u obra social y público), las mujeres del sector social subalterno únicamente pueden hacerlo a partir de los servicios públicos.

Esto implica diversas desventajas para estas usuarias, entre ellas, la imposibilidad de elegir entre diversas modalidades del servicio, la restricción para elegir el horario de atención más conveniente para cada una, ya que los turnos son asignados de forma aleatoria, no se tienen en cuenta las necesidades y conveniencias de la población usuaria, y los horarios de atención son restringidos. La mayoría de los CS atienden por la mañana, solo algunos atienden también por la tarde, como el CS 67, que dos días fijos de la semana atiende en los dos horarios. En cambio, en los subsistemas de las obras sociales y el privado la franja horaria incluye la mañana y la tarde y las usuarias pueden programar un turno en una fecha y horario convenido, pudiendo elegir también el o la profesional que las atenderá. Esto habla de la consideración y respeto del tiempo, de las necesidades y preferencias solo para unos sectores sociales, de lo cual se puede interpretar que la organización del servicio de atención genera y reproduce desigualdad, dando mayor autonomía para unas y mayores restricciones para otras.

Tales desventajas se acentúan cuando la prestación es restringida o no es garantizada por las instituciones sanitarias públicas bajo diversas circunstancias. En el primer caso, consideramos que es restringida cuando el tiempo de espera para recibir atención es excesiva o cuando está condicionada al cumplimiento de requisitos burocráticos como, por ejemplo, la comprobación de domicilio correspondiente con el área programática del establecimiento sanitario. En cuanto al segundo caso, la atención no se garantiza, por ejemplo, cuando las mujeres del CS 67, que para ciertas intervenciones deben recurrir al Hospital Materno Neonatal Dr. Ramón Carrillo<sup>38</sup>, muchas veces se encuentran con la atención interrumpida por asambleas que la planta de trabajo realiza, como estrategia de lucha por la mejora de sus condiciones laborales. Estas diversas situaciones revelan los problemas de inversión presupuestaria del estado en los servicios de salud, tanto para emplear la cantidad de personal suficiente para atender la demanda, como para establecer condiciones laborales acorde a los derechos laborales conquistados en el país. Esto perjudica tanto al conjunto de trabajadores/as como a la población usuaria del servicio.

---

38 La organización provincial del servicio de salud prevé que, para ciertas intervenciones, como algunos estudios de control de embarazo, la asistencia en los procesos de parto, parto y posparto, las cirugías por ligadura tubaria, entre otras, las usuarias del CS 67 deban dirigirse al Hospital Materno Neonatal Dr. Ramón Carrillo, que en adelante se referenciará con la sigla HMNRC.

Otra manera de no garantizar la atención sanitaria, entendiéndola como una práctica que debe estar fundamentada y basada en el respeto de los derechos de salud, tiene que ver con los actos constitutivos de VO que se dan en los diferentes subsectores que componen el sistema público de salud, aunque en esta tesina se analiza específicamente el subsector estatal. Acto constitutivo de VO es, por ejemplo, cuando no se respetan algunos derechos establecidos en la ley 25.929 de Parto respetado, lo cual se puede ilustrar a partir del relato de una de las mujeres del CS 67, cuando contaba en una entrevista acerca de su proceso de parto transcurrido en el HMNRC en el año 2016:

*“Si, si, el goteo... apenas me dejaron en la sala de parto me pusieron eso, ellos me dijeron “te vamos a hacer tacto y te vamos a romper la bolsa”, me hacen tacto y ahí nomás rompí bolsa. Por suerte, porque saben meter una tijera enorme”.*

*“[en] la sala de parto, donde estaba con cinco chicas más ... había como cuatro enfermeras... una chica y un chico que eran practicantes... [Si avisaron que ellos iban a estar] no me acuerdo la verdad... un poco si me daba vergüenza... porque había un chico”*

*“... [las enfermeras] ... nunca dicen el [su] nombre ni nada... [a las mujeres les dicen] Mamá, mamita con cariño... a ninguna la llamaban por el nombre, mamá les decían casi a todas.*

*“... a veces [el personal del servicio sanitario] se enojaban cuando no hacían caso... te piden que respires hondo... que no había que gritar... y que hagas fuerza como que vas a hacer caca, porque si vos respiras mal el bebé se te sube de nuevo... ‘Tenés que hacer fuerza, tenés que poder, ya tenés cinco chicos’ le decían a la que estaba al lado”.<sup>39</sup>*

El artículo 2 de la ley antes mencionada, en su inciso a, establece el derecho de las mujeres a ser informadas acerca de las intervenciones que se les realicen, para que puedan optar cuando sea posible. El inciso d se refiere al derecho al parto natural, el respeto de los tiempos biológicos y psicológicos, evitando prácticas invasivas y medicación injustificada. Si bien la entrevistada fue informada de las intervenciones sobre su cuerpo, cabe preguntar si realmente tuvo oportunidad de elegir entre diferentes opciones de intervención para ese momento, y si realmente estaban justificadas las intervenciones obstétricas que se le practicaron (el goteo y la rotura artificial de la bolsa).

A partir de Spinelli (2016), cuando habla del enfoque taylorista de las prácticas hospitalarias, se puede advertir una rutinización que somete a todas las mujeres durante la atención del proceso de parto, buscando acelerar los tiempos naturales del nacimiento, en beneficio de los intereses del personal de salud en vez de los de las usuarias. En la misma línea,

---

<sup>39</sup> Ver anexo 2: Entrevista a mujer de 16 de Noviembre.

Jeréz (2015) señala la homogeneización de las mujeres durante estos procesos, donde la atención biomédica agrupa y somete a las mismas prácticas a todas, sin ninguna distinción. Esto permite inferir la restricción en las posibilidades de elegir de las mujeres, cuando la atención se presenta de manera uniforme para todas, como la única opción posible, sin considerar cada situación particular y sin que sea justificada.

Cabe además preguntarse si las condiciones que impone la dinámica de organización del HMNRC garantizan la intimidad, el trato respetuoso, individual y personalizado de las mujeres, lo cual se establece en el inciso b del artículo 2 de la mencionada ley. A partir del relato de la entrevistada, si se considera la situación de atención colectiva dada y que no fue consultada sobre la presencia de practicantes durante ese proceso, se puede decir que no recibió un trato individual y que su intimidad no fue respetada. Se puede inferir además que, si le hubieran dado a elegir, ella hubiera preferido la presencia exclusiva de mujeres y quizá otras condiciones que resguarden más su intimidad.

Con respecto al trato que recibió la entrevistada, podemos citar a Giberti (1999) para decir que existió un trato despersonalizado e infantilizado en la atención, porque en lugar de ser llamada por su nombre, se la refirió con diminutivos escondidos tras el trato cariñoso. Ese tipo de trato marca una distancia de poder ya que no es recíproco, porque ninguna mujer se referiría al personal del servicio con los términos “gordito/a, mamita, papito”. Refiriéndose al trato infantilizado, la autora analiza la frase “portate bien” vinculada a los gritos de las embarazadas bajo el argumento de que si gritan pierden fuerzas (cabe aclarar que no existen estudios académicos que confirmen estas creencias). Si se considera la frase “hacer caso” o las situaciones de regaño a otras mujeres cuando gritaban, según el relato de la entrevistada, se podría hacer una analogía y extender el análisis de la autora para entender tales situaciones como expresiones de un trato infantilizado.

Según la autora que venimos siguiendo, es recurrente que a las mujeres se las rete cuando no hacen lo que se espera de ellas, se las culpa o responsabiliza por los problemas o complicaciones que hubiera durante su internación, aun cuando no se les informa sobre las intervenciones que se realizan sobre su cuerpo, ni se les pide consentimiento alguno. Esto se refleja en los siguientes relatos de la entrevistada:

*“Yo creo que si [me hicieron episiotomía], que me deben haber hecho porque me hicieron los puntos, no me dijeron, pero yo supongo que me la deben haber hecho”*

*“estaba acostada con el bebé encima, con los pies en unos fierros, no me ataron, no hacía falta. Mi pareja estaba al lado mío y yo le agarraba la mano. Después de que salió el bebé sentía que me metían la mano, que me metían fierros y no sabía por qué. No me habían dicho por qué, era un sufrimiento terrible. Le preguntaba a mi pareja que me*

*estaban haciendo. Después me dijeron ‘cuando estés por tener de nuevo un bebé deciles que tuviste una complicación, y que tuviste restos de placenta adentro’. Creo que sufrí más cuando me metían la mano que cuando nació, habrán estado diez minutos o más, estuvieron bastante, pero bueno son cosas que pasan.*<sup>40</sup>

Desde estos relatos también se puede inferir la enajenación, miedo y naturalización de la entrevistada respecto de la situación que estaba viviendo, lo que dista mucho con lo establecido en la ley 25.929, acerca del derecho de las mujeres a que se les facilite su participación como protagonistas de su propio parto (artículo 2, inciso c).

Otra cuestión que contempla la ley mencionada en el párrafo anterior es el derecho de las mujeres a estar acompañadas por una persona de su confianza, elegida por ellas durante el proceso de pre parto, parto y posparto (art. 2, inciso g) y a tener a su hijo o hija a su lado durante su permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que no se requiera un cuidado especial apartado (art. 2, inciso h). Este último derecho también se replica para el hijo o hija en relación con su madre (artículo 3, inciso d). En este sentido, es pertinente analizar las siguientes situaciones relatadas por la entrevistada:

*“ahí adentro [en pre parto] estábamos solas, ellos me esperaron en guardia [hijo y pareja]... Ya cuando estas por tener te llevan a la sala de parto y ahí puede ir mi pareja... después que nació el bebé, él [pareja] se fue, volvió a la guardia, no podía haber nadie ningún acompañante”*

*“me pasan a pre parto de nuevo, después de haberlo tenido, ahí estuve como dos horas y media sin verlo... yo preguntaba ¿y mi bebe? y me decían ya te lo traemos mamá. Me parece que ahí no dejaban entrar a los bebés... Después me... estaban por llevar a la sala [posparto] y me desmayé... se me bajó la tensión... se me normalizó... ahí ya me llevaron al bebe... [en ese momento] estaba sola... tampoco te dejaban estar con nadie”*

*“[me hubiera gustado] que estuviera mi pareja en todo momento, desde que me internaron hasta que salí, no solo mi pareja sino alguien que esté ahí porque lo necesitas”<sup>41</sup>*

A partir de lo que establece la normativa que se viene analizando, se puede decir que es altamente cuestionable la atención sanitaria del HMNRC, donde las mujeres pueden estar acompañadas únicamente unos minutos en la sala de parto y son separadas por largos períodos de sus hijos/as. El relato permite advertir además que la vulnerabilidad de las mujeres y sus hijos o hijas durante los procesos analizados se acrecienta cuando no se les permite a las mujeres estar acompañadas y cuidadas por alguien de su preferencia.

---

40Ver anexo 2: Entrevista a mujer de 16 de Noviembre.

41 Ver anexo 2: Entrevista a mujer de 16 de Noviembre.

Otros actos constitutivos de VO que se dan en el subsector público son los que vulneran el derecho a la libertad reproductiva de las mujeres, que es definida en ley 26.485, capítulo 6, inciso d, como el tipo de violencia “que vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 del Programa nacional de salud sexual y procreación responsable”<sup>42</sup>

En este sentido, cabe mencionar las afirmaciones de Zamberlin (2003) acerca del perfil epidemiológico en salud sexual y reproductiva de Argentina, el cual refleja diferencias sociales y regionales en la distribución de sus indicadores. La fecundidad presenta grandes disparidades según el nivel socio-económico y las distintas jurisdicciones, donde las tasas más altas se dan entre las mujeres más pobres y las regiones más postergadas del país. En cuanto a la fecundidad adolescente, afecta principalmente a las niñas y jóvenes de los sectores de mayor vulnerabilidad social, con menor nivel de instrucción y mayor participación en la actividad económica. En relación a la anticoncepción, diversos estudios ponen en evidencia la inequidad social en el acceso a métodos, mostrando las dificultades para las mujeres de sectores sociales pobres en el acceso a información apropiada y a consultas médicas referidas a anticoncepción. Esto incide en el comportamiento anticonceptivo y aumenta la ineficacia e inseguridad de los métodos, resultando en embarazos no planificados, que muchas veces conducen a abortos inseguros. Siguiendo con el análisis acerca de que las mujeres de los sectores subalternos son las que acceden al subsistema público como única opción de atención sanitaria y teniendo en cuenta estos perfiles epidemiológicos, se puede advertir las incapacidades de sistema de salud para garantizar el acceso igualitario a los derechos sexuales y reproductivos y a la vida libre de violencia, lo cual pone distancias a las mujeres para alcanzar el ejercicio pleno de ciudadanía.

A partir de estas aproximaciones es necesario puntualizar cómo se da esta vulneración a la libertad reproductiva, que a su vez son hechos constitutivos de VO, en las mujeres agentes de las prácticas de intervención. En este sentido, cabe mencionar que, en el año 2006, con la sanción de la ley 26.130 de Contracepción quirúrgica, se agrega al Programa nacional de salud sexual y procreación responsable la cobertura gratuita de anticoncepción quirúrgica (ligadura tubaria y vasectomía) para toda persona capaz y mayor de edad que lo requiera, sin necesidad de consentimiento del o la cónyuge o conviviente, ni autorización judicial. El único requisito previo es el consentimiento informado, que debe dejarse como constancia en la historia clínica una vez que el personal de salud haya proporcionado la información correspondiente, debidamente

---

42 Ley 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>.

conformada por la persona concerniente<sup>43</sup>. Este derecho no está garantizado para muchas usuarias del CS 67 que solicitaron la ligadura tubaria en el HMNRC. A partir de fuentes primarias y secundarias se pudo acceder a relatos de mujeres y de profesionales que dan cuenta de la obstaculización o negación del servicio de tocoginecología de dicho establecimiento para realizar las intervenciones de ligadura tubaria.

Entre las fuentes secundarias se puede citar una nota periodística publicada en abril de 2013 por la revista Matices de la ciudad de Córdoba, a la cual se accedió a partir de un trabajo realizado por Martinengo, Morales y Salgado (2014), quienes analizan los discursos médicos y las prácticas de asistencia en la salud pública, entre ellos, las expresiones del Jefe del Departamento de tocoginecología del HMNRC en el año 2013, en relación a las prácticas de ligadura tubaria en ese establecimiento:

*“Nuestra objeción profesional, si querés llamala de conciencia, es cuando tienen 18, 19 [años]... Eso sí; no es cuando ellas quieren, porque no tenemos capacidad operativa. Algunas pueden tener 5 cesáreas, pero no están embarazadas. Para mí, para el Hospital, no es prioridad... El mecanismo que prevé la Ley es la triple consejería –médico, asistente social y salud mental-. Una vez que hacen eso, yo les pido ‘la cartita de amor’... Así le digo a la carta de puño y letra reconociendo que es irreversible y que solicitan la ligadura”. (p. 6)*

En cuanto a las fuentes primarias, desde la práctica que sustenta este trabajo se pudieron recabar más testimonios que aportan al conocimiento de esta situación, a partir de los relatos de una mujer que participó en diversas actividades de la estrategia de intervención. Ella relató la experiencia de sus tres embarazos, comentando las dificultades de salud durante las gestaciones y que, si quedaba embarazada otra vez, corría el riesgo de perder su vida. Contó que, a pesar de todo esto y habiendo cumplido todos los requerimientos solicitados por el HMNRC para acceder a la ligadura tubaria, no se la practicaron en su último parto y como respuesta a tal negativa le dijeron que faltaba una firma en su solicitud de intervención.

El análisis de los relatos de ambas fuentes da cuenta de la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos femeninos, en tanto que para acceder a las prácticas de contracepción quirúrgica la dinámica institucional responde a la conveniencia y arbitrariedades del equipo profesional en detrimento de los intereses y necesidades de las mujeres. Imponer requerimientos arbitrarios, como “la cartita de amor” y el pedido de firmas y autorizaciones no establecidas en la ley, constituyen obstaculizaciones para el ejercicio de sus derechos y pone en serios riesgos la vida y las condiciones de vida de las mujeres.

---

43 Ley 26.130, Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica. Recuperado en [http://www.msal.gob.ar/saludsexual/ley\\_anticon\\_quirurgica.php](http://www.msal.gob.ar/saludsexual/ley_anticon_quirurgica.php).

Todos los relatos analizados son representativos de muchas otras experiencias de mujeres que accedieron o acceden a los servicios del HMNRC para ser atendidas en sus procesos de salud sexual y reproductiva. Se puede hacer esta afirmación entendiendo que la atención de salud desarrollada en este establecimiento responde a una lógica enmarcada en una dinámica que organiza los espacios, los tiempos, los recursos y los servicios de un modo particular. Dicha lógica está configurada por los rasgos característicos del sistema sanitario y de la biomedicina, que son los procesos de fragmentación, segmentación, patologización y medicalización, y son constitutivos de diversas situaciones de VO.

Las desigualdades en el sistema sanitario argentino también se manifiestan cuando una mujer decide interrumpir voluntariamente su embarazo. En Argentina, el aborto es considerado un delito, excepto cuando está contemplado en las causales de no punibilidad. En este sentido, el Código Penal de la Nación en su artículo 86 establece situaciones en que el mismo está permitido, ellas son: Si hay peligro para la vida de la mujer y este peligro no puede ser evitado por otros medios, si el embarazo proviene de una violación; si el embarazo proviene de un atentado al pudor sobre una mujer idiota o demente<sup>44</sup>. En el año 2012, la Corte Suprema de Justicia se pronunció, sentando un fallo sin precedentes, donde se resolvió por unanimidad que las mujeres violadas sean insanas o no, podrán practicarse un aborto sin necesidad de autorización judicial previa ni temor a sufrir una posible sanción penal. También estará exentos de castigo el/la médico/a que practique la intervención<sup>45</sup>. Sin embargo, es importante mencionar que, en la provincia de Córdoba, la guía de procedimiento para la atención de pacientes que soliciten prácticas de aborto no punible no se aplica debido a un recurso de amparo que antepuso la asociación civil Portal de Belén. A pesar de que en 2014 la Fiscalía General de Córdoba dictaminó en favor de la constitucionalidad de este derecho, el Tribunal Superior de Justicia de Córdoba continúa dilatando la resolución y se constituye en otro obstáculo de acceso a este derecho que el Estado está obligado a garantizar.<sup>46</sup>

El aborto es una de las causas más frecuente de muerte materna y constituye un problema de salud pública, así como también de justicia social, ya que está vinculado a inequidades económicas, sociales y culturales que padecen las mujeres históricamente. Además, está atravesado por múltiples factores, tales como la insuficiente educación sexual (entendida como el desconocimiento de los procesos sexuales y de las posibilidades de elección del modo de

---

44 Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles, Ministerio de salud de la Nación, junio 2010 [http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Po1%C3%ACticas\\_Publicas/Protocolos%20de%20Atenci%C3%B3n/Guia-ANP-ResMin1184.pdf](http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Po1%C3%ACticas_Publicas/Protocolos%20de%20Atenci%C3%B3n/Guia-ANP-ResMin1184.pdf) consultado: 30/05/2017.

45 Diario La Nación “Fallo histórico, la corte ratificó que no son punibles los abortos en caso de violación” 13 de marzo del 2012 <http://www.lanacion.com.ar/1456233-fallo-historico-la-corte-eximio-de-pena-a-las-mujeres-violadas-que-aborten> (consultado: 01/06/17).

46 Información recabada de <https://enredaccion.com.ar/cordoba-cinco-anos-sin-protocolo-de-aborto-no-punible/>. Consultado el 25/10/18.

vivirlos), la diferencia de poder entre géneros, la imposibilidad de tener acceso a servicios de salud reproductiva, entre otros.

En una entrevista, cuando se indagó sobre la educación sexual a nivel familiar, una mujer que se atiende en el CS 67 relataba: *“es más con amigas de lo que se habla que con la familia... Esas cosas no, me daba vergüenza”*<sup>47</sup>. Si se analiza este relato, se podría inferir que la educación sexual no es promovida en el espacio familiar, mientras tanto, cabe indagar cómo se está garantizando el acceso a información y a la educación en salud sexual y a los métodos anticonceptivos en los espacios públicos, como las instituciones educativas y sanitarias. Para responder a tal cuestión se debe tener en cuenta la prevalencia de embarazos no planificados: el 39,02% de las mujeres que se atendían en el CS 67 entre los años 2015 y 2016 no habían planificado su embarazo (dicho indicador puede ser mayor ya que se desconoce esa información para el 34,95% del total de las mujeres embarazadas). Esto permite advertir las dificultades del Estado para garantizar el acceso a educación, información, recursos y servicios que permita a la población planificar y decidir en relación a su vida sexual y reproductiva.

Tal realidad puede ser relacionada a su vez a la prevalencia de abortos, en tanto se considera que en la Argentina se realizan entre 370 y 522 mil interrupciones de embarazos por año<sup>48</sup>. Estas cifras son estimativas ya que, por tratarse de una práctica clandestina, no se dispone de datos precisos. La única información disponible al respecto es que por año se internan 55.000 mujeres en hospitales públicos por las consecuencias de abortos mal realizados. El 10% de los mismos comprometen a jóvenes de entre 15 y 19 años de edad, el tercio de las muertes de adolescentes es a causa de la clandestinidad<sup>49</sup> y el común denominador es que pertenecen a sectores vulnerables.

Las inequidades nombradas se manifiestan en las desigualdades de clase, lo cual implica que algunas mujeres que pueden acceder a la medicina privada, cuenten con una atención de “buena calidad” sin tener que exponer sus vidas. En contraposición, muchas otras mujeres sin, o con pocos recursos económicos, apenas pueden pagar a inexpertos o improvisados, corriendo cualquier tipo de riesgos relacionados a su salud, incluyendo la muerte. Esto refleja que, en Argentina, las mujeres que deciden abortar no son todas iguales ante la ley.

En otras palabras, el aborto inseguro es padecido solo por las mujeres pobres, en condiciones de clandestinidad legal, familiar y social, que las lleva a postergar la búsqueda de atención médica. A esto se suma la incapacidad o falta de disposición de los servicios de salud

---

47 Ver anexo 1: Entrevista a mujer de 16 de Noviembre.

48 Pantelides, E.; Mario, S; (2007). Estimación de la magnitud del aborto inducido, Resumen Ejecutivo. Disponible en: <http://www.cedes.org/areas/salud-es/index.html>. Consultado: 30/05/17.

49 Los mitos sobre el aborto. Hacia el XXI Encuentro Nacional de Mujeres en Jujuy – Argentina. Por María Chaves, presidenta del Centro de Estudiantes de Ciencias Sociales (UBA). Disponible en [http://www.lafogata.org/cras/cumpas\\_11-6.htm](http://www.lafogata.org/cras/cumpas_11-6.htm). Consultado (01/07/17).

para dar una respuesta oportuna y efectiva, ya que la situación físico-clínica de las mujeres que ingresan a la atención sanitaria por esta causa no compromete irreversiblemente su sobrevivencia (Zamberlin, 2003).

Cuando una mujer tiene una causa legal para interrumpir su embarazo, las barreras continúan, los juicios morales y religiosos cobran protagonismo, muchas veces el personal de salud la intenta disuadir de hacerlo, la someten a esperas injustificadas, o las derivan de hospital en hospital. De esta manera el reloj corre, lo que produce que la edad de gestación aumente y la mujer se exponga a mayores riesgos cuando se realiza un aborto, o que simplemente desista de realizárselo dentro del sistema de salud.

Las mujeres de clase media, media/alta también abortan, pero cuentan con el dinero suficiente para hacerlo en el subsistema privado, evitando cualquier riesgo de salud, creando un secreto de dos. Es en este sentido que queda reflejado cómo las desigualdades económicas y de acceso a la salud, marcan la diferencia entre la vida y la muerte. Las mujeres que pueden acceder a una clínica privada abortan, las pobres mueren. De todas maneras, entre más se obstaculiza el derecho a un aborto legal, más clandestino se convierte. Esta condición de clandestinidad posiciona a todas las mujeres que deciden interrumpir su embarazo en una situación de mayor vulnerabilidad, que las expone a mayores probabilidades de sufrir VO.

Ante esta realidad, grupos feministas, del movimiento de mujeres y mujeres pertenecientes a movimientos políticos y sociales, han impulsado la Campaña nacional por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito. Esta es una alianza federal, amplia y diversa, que articula y recupera las luchas en nuestro país por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito. Desde que fue lanzada, el 28 de mayo de 2005 (el Día internacional de acción por la salud de las mujeres), coordina actividades simultáneamente en distintos puntos del país bajo la consigna “Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir”.<sup>50</sup>

En la actualidad adhieren a tal campaña nacional 305 grupos, organizaciones y personalidades vinculadas a organismos de derechos humanos, de ámbitos académicos y científicos, trabajadoras/es de salud, sindicatos y movimientos sociales y culturales, etc. Entre sus adherentes se puede mencionar a las activistas feministas que conforman “Socorristas en red-feministas que abortamos”, quienes a partir de la organización de los “Socorros rosas”<sup>51</sup>, acompañan activamente a mujeres, en distintas zonas geográficas de Argentina, en la experiencia de abortar con misoprostol, para que lo hagan de manera segura. Actualmente hay 49 puntos de

---

50 Recuperado en <http://www.abortolegal.com.ar/about/>. Última entrada 12/04/2018.

51 Nombre tomado de las feministas italianas, francesas y estadounidenses, que en las décadas de los '60 y '70 realizaban consejerías y acompañamientos a las mujeres que necesitaban practicarse un aborto.

contacto con los Socorros rosas, distribuidos en casi todas las provincias del país<sup>52</sup>. Además, existen otras organizaciones de profesionales de salud que trabajan en red, haciendo accesible para muchas mujeres el derecho al aborto seguro y gratuito.

La participación política de las mujeres también se activa para luchar por la humanización de los procesos de gestación, parto, nacimiento y puerperio. Un ejemplo de ello es el Colectivo de mujeres por un parto respetado en Córdoba, que tiene como objetivo exigir la reglamentación e implementación plena de la ley 25.929 en los tres subsistemas de salud en Córdoba. Este colectivo acciona desde dos maneras: un vínculo virtual a través de un grupo en la red social Facebook (Parto Humanizado Córdoba), que permite unirse a cualquier persona que desee ser miembro. Allí se difunde información sobre derechos de mujeres, niños, niñas, varones y familias en las instancias de embarazo, parto y posparto, promoviendo además el debate en relación a tales temáticas. La otra forma de acción la llevan a cabo un grupo de mujeres, doulas y/o parteras en su mayoría, quienes se relacionan de modo virtual y en encuentros cara a cara. Estas formas de acción permiten diferentes formas de participación dentro del movimiento, como las de organización, movilización y de adhesión.

Cabe mencionar que, en el marco de las prácticas de intervención de este trabajo, se organizaron actividades de manera conjunta, vinculando al Colectivo de mujeres por un parto respetado en Córdoba y al CS 67. La actividad consistió en la proyección de un video documental para luego debatir sobre los derechos contemplados en la ley 25.929 (esta actividad se describe en el último capítulo de este trabajo).

Como se ha mencionado en apartados anteriores, la participación política y los movimientos sociales son centrales e imprescindibles para la politización, definición, interpretación y satisfacción de las necesidades, es decir para el reconocimiento y garantía de derechos y el ejercicio de soberanía de las y los agentes, en el marco de un Estado democrático. En este sentido, para pensar las posibilidades de intervención, es central considerar las organizaciones de mujeres, comunitarias y sociales, como actor histórico colectivo que lucha por mejores condiciones de vida y salud, y en el reclamo por el reconocimiento y garantía de sus derechos se ha construido como protagonista de subversiones, rupturas y cambios. Estas consideraciones conducen a encontrar en la estructura del sistema de salud los puentes que permitan intervenciones enfocadas en la construcción de ciudadanía en los y las usuarios/as, promoviendo en cada práctica del servicio sanitario la garantía y el ejercicio integral de sus derechos. Considerando los ejes que se plantean como orientadores de su desarrollo, uno de esos puentes lo constituye la estrategia de atención primaria de la salud, que se abordará en el siguiente apartado.

---

52 Recuperado en <http://socorristasenred.org/index.php/quienes-somos/>. Última entrada 12/04/2018.

### **2.3 La estrategia de atención primaria de la salud**

En cuanto al concepto de Atención primaria de la salud<sup>53</sup>, Rovere (2012) recopila antecedentes que permiten encontrar formas de atención primaria anteriores a la definición establecida en la reunión Alma-Ata del año 1978, sin embargo, es allí donde se logra capitalizar la experiencia de casi tres siglos de historia sanitaria.

Siguiendo al autor mencionado, para entender el surgimiento de APS es necesario analizar el contexto de la época, que estuvo signado por una gran expectativa en las ciencias en general y particularmente en las vacunas, en vistas a erradicar grandes enfermedades que afectan a la humanidad. Por otro lado, desde la Organización Mundial de la Salud se percibía la década de los '70 como un escenario proclive para plantear una justicia redistributiva. En consecuencia, en el año 1977, la Asamblea General de tal organismo aprobó la meta "salud para todos en el año 2000", creando las bases políticas para la conferencia Alma-Ata.

Otra situación que marcó el contexto de esa época fue la crisis de los modelos de atención médica, característicos de un sistema de salud con perspectivas excesivamente biológica, centrada en la asistencia de la enfermedad, no en la prevención ni en la promoción de la salud y que, en su intento por conseguir una sofisticación tecnológica, provocó un crecimiento permanente del gasto en el sector de la salud, que no siempre iba acompañado de un mejoramiento en las condiciones de existencia, y por lo tanto de los procesos de salud de las comunidades<sup>54</sup>.

Retomando a Rovere (2012), se puede decir que a partir de la conferencia Alma-Ata se consolidó la idea de que la APS, como estrategia para alcanzar salud para todos, conformaba un binomio inseparable. Además, significó un encuentro importante para el campo de la salud, ya que fue el lugar en el cual los organismos sanitarios internacionales propusieron la estrategia de APS como el instrumento idóneo para transformar y mejorar los sistemas de salud. Fue allí donde dicha estrategia se estableció e institucionalizó, siendo aceptada universalmente, incluso por el Estado argentino.

La importancia de este documento es que incorpora una concepción de salud como derecho humano, poniendo el foco en las responsabilidades de los Estados en su garantía, pero incluyendo también la participación individual y colectiva de las personas en la planificación e implementación de la atención sanitaria (Conferencia Alma-Ata, 1978). Esto implica una asociación inseparable entre la salud y las condiciones socioeconómicas, civiles y políticas de un

---

53 En adelante se usará la sigla APS para referir a atención primaria de la salud.

54 Información recabada del Programa de capacitación en análisis e implementación de políticas de Atención primaria de la salud, material provisto por la Cátedra de Salud y políticas públicas de Trabajo social, Facultad de Ciencias sociales, Universidad Nacional de Córdoba.

país, de lo cual se infiere que los procesos sanitarios se constituyen como un ejercicio de ciudadanía, en el marco de un estado democrático.

En la Conferencia Alma-Ata se concibe a la APS como una herramienta que busca responder a las necesidades sanitarias de la comunidad y mejorar la atención en salud. Para ello se proponen las siguientes postulaciones:

- nace y se desarrolla desde las condiciones económicas, sociales, culturales y políticas de los países y comunidades;
- se fundamenta en las investigaciones de los servicios sociales biomédicos sanitarios y de las experiencias de salud pública;
- aborda a los procesos de salud a través de servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Esto implica educación, métodos de prevención y control de los problemas sanitarios prevalentes, las enfermedades endémicas, las patologías y lesiones comunes. Además, incluye promoción de nutrición adecuada, atención sanitaria materno-infantil, planificación familiar, inmunizaciones, provisión de medicamentos esenciales y promoción de salud mental y bucal;
- incluye no solo al sector salud, sino también a sectores y aspectos relacionados con el desarrollo nacional y comunitario (como la agricultura y ganadería, alimentación, industria, vivienda, obras públicas, comunicaciones, entre otros), exigiendo una gestión coordinada entre ellos;
- necesita y promueve máxima autonomía comunitaria e individual y la participación activa en los procesos de planificación, ejecución, control y evaluación de los programas de APS, aprovechando los recursos nacionales y locales. Para ello recurre a la capacitación comunitaria;
- debe apoyarse en sistemas de referencia funcionales y de colaboración recíproca;
- en los niveles locales y de referencia se apoya en equipos sanitarios conformados por profesionales de medicina, de enfermería, de trabajo social, de obstetricia, de auxiliares, agentes sanitarios y agentes tradicionales, lo que implica capacitación social y técnica.

Estos postulados involucran una readecuación de los recursos físicos, materiales y humanos, de lo cual se desprende la organización de los servicios de salud según niveles ascendentes de complejidad para equilibrar la cantidad y variedad de atención disponible. En búsquedas de satisfacer las necesidades sanitarias, se propone una distribución, asignación racional y mayor eficiencia en el uso de los recursos, permitiendo a toda la población el acceso a una atención de salud oportuna, igualitaria e integral.

En consecuencia, el sistema sanitario, conformado por distintos niveles de atención queda constituido por:

1. el primer nivel, referido a las acciones más elementales o básicas del sistema;
2. el segundo y tercer nivel, referidos a grupos de respuestas de diferentes grados de complejidad y especialización ascendente, que tienen como base de referencia para la intervención lo que se detecte en el primer nivel.

En este sentido, la APS se plantea como el primer contacto de la población con el sistema de salud nacional, con lo cual se acerca la atención sanitaria a los espacios territoriales que habitan las y los agentes. Pero el primer nivel no debe ser entendido como sinónimo de APS, aun cuando el desarrollo organizacional apropiado de este condicione la conformación y organización de los otros niveles, determinando la iniciación y continuidad de todo el proceso de atención. Confundir estos dos conceptos configuraría un entendimiento parcial o restrictivo de la APS.

En relación a esto, Rovere (2012) señala que la denominación APS en español es una mala traducción del término *primary health care* y que el término que debió ser usado era ‘Cuidado Integral de la Salud’. Así se reflejaría mejor la condición de estrategia, mientras que el término ‘atención’ limita la APS a un enfoque asistencialista. Esta imprecisión en la traducción al español propició interpretaciones variadas y hasta contradictorias, contribuyendo a percepciones simplistas, sesgadas y medicalizadas. Se facilitó así un ejercicio de APS selectiva, brindando atención primitiva (Testa, 1988) en vez de primaria.

Retomando a Rovere (2012), se puede decir que APS fue planteada como una estrategia para alcanzar la meta salud para todos conformando un binomio inseparable, pero al ser despojada de un compromiso por la equidad y por el derecho a la salud, se instrumenta como un componente compensatorio, dentro de sistemas de salud fragmentados y no universales. Al dejar de lado elementos fundamentales de la APS como la participación social se afecta negativamente su sustentabilidad y se pierde todo el sentido de integralidad.

Según Bertolotto, Fuks y Rovere (2012), la atención sanitaria extrahospitalaria viene de larga tradición en Argentina, empezando por los programas para las zonas rurales y ciudades pequeñas y medianas del país, los cuales se rebautizaron con el nombre de APS después de Alma Ata. El ejercicio de la APS en tiempos de dictadura bloqueó todos aquellos componentes políticos y sociales que pudieran ser “subversivos”. En los 80 se abrían tímidamente los espacios para la formación de equipos de salud, pero primó una visión tecnocrática que sentó las bases para la posterior medicalización de la APS. Como ya se mencionó, en la década de los 90, las políticas neoliberales dieron lugar al vaciamiento del Estado y al mercado como actor central en la definición de la agenda pública, por lo que las políticas sanitarias tenían una tendencia a la mercantilización de la salud.

En ese contexto, según quienes se citó en el párrafo anterior, la APS se tradujo en intervenciones mínimas y focalizadas, despojada de la reflexión acerca de los determinantes sociales, económicos, culturales y urbanísticos de la salud. Los procesos de descentralización en el sector sanitario condujeron a que provincias y municipios abrieran centros de salud, lo que, sin una política rectora, dio lugar a la existencia de diferentes modelos de APS (APS integral, APS selectiva, como un nivel de atención, como un programa específico) constituyéndose en un sector altamente fragmentado. La supresión de lo social y político de la APS limitó la acción a un mínimo de intervenciones focalizadas, en desmedro de la transversalidad y articulación en los servicios de salud. Quizá estos procesos económicos, sociales y políticos, expresados en las políticas públicas neoliberales, en los procesos de descentralización y en la supresión de la participación comunitaria o su entendimiento en sentido restrictivo o simbólico, contribuyeron al avance del modelo médico hegemónico en las instituciones sanitarias.

Almendra y Montenegro (s/f) sostienen que luego de los procesos de descentralización de los efectores sanitarios, el Ministerio de Salud de la Nación empieza a tener un rol asesor, delegando en las provincias y municipios la responsabilidad de administración de los establecimientos y programas de salud. Estos establecimientos desarrollan acciones con fuerte contenido asistencial en lo materno-infantil, al tiempo que van afirmándose como ejecutores de los programas nacionales destinados a la implementación de la APS. En consecuencia, dicha estrategia asume la identidad de estos programas en el discurso oficial del sector sanitario y se caracteriza por servicios focalizados que potencian el modelo de APS selectivo. En ese sentido, puede afirmarse que las acciones del Estado nacional están muy lejos de implementar la estrategia de APS como rectora del cambio del sistema de salud.

Por su parte, Ase y Buriyovich (2009) afirman que, en la provincia de Córdoba, tal como sucedió en Argentina y en muchos países latinoamericanos en los últimos 30 años, poco se avanzó en la conformación de una red de efectores de salud basados consistentemente en los criterios de la declaración de Alma-Ata. Contrariamente, el desarrollo de APS en la provincia se limitó a una extensa red de efectores de baja complejidad funcionando con escasa articulación con el resto del sistema. La desarticulación se acentúa en 1987 con el proceso de descentralización, donde replicando el proceso que se venía impulsando a nivel nacional, se cambian a jurisdicción municipal y comunal todos los efectores sanitarios del primer nivel de complejidad de la provincia.

En cuanto a la implementación de APS en la ciudad de Córdoba, esta estrategia se lleva a cabo a través de la Dirección de Atención Primaria de la Salud. Dicha institución opera de manera descentralizada a partir de centros de salud y unidades primarias de atención, enroladas en el primer nivel de atención. Tomando en cuenta estos datos y los análisis sobre la ejecución

de APS en el país y la provincia, se puede inferir que la ciudad de Córdoba identifica tal estrategia como sinónimo de primer nivel de atención, replicando en sus políticas las características de APS selectiva de las jurisdicciones superiores.

Para analizar el campo institucional de la Dirección de Atención Primaria de la Salud se retomarán los aportes de Barrionuevo, Becerra, Bertona y otras (2006), quienes afirman que, en el año 2006, dicha institución opera de forma descentralizada a partir de 96 efectores sanitarios, se organiza como estructura piramidal y el “acceso a los lugares jerárquicos tiene que ver con la permanencia en el tiempo” (p. 2). En ese mismo año, según el trabajo citado, de los 96 centros y unidades de salud, solo 12 contaban con profesionales de trabajo social y de los 70 cargos de conducción profesional, solo uno era para trabajo social, mientras que los 69 restantes podían ser concursados por profesionales de medicina. Las autoras afirman que, aunque para ese momento, en los últimos 20 años la institución había duplicado sus efectores, no ocurrió lo mismo con la cantidad de profesionales de trabajo social, donde la división de servicio social se conformaba por 17 profesionales. Además, señalan que la condición laboral de la mayoría de profesionales de la disciplina es bajo contrato, lo cual implica menor remuneración y otras carencias laborales que se contraponen a las conquistas salariales obtenidas en el país.

Los aportes que acaban de referirse se sitúan en un año particular, sin embargo, son pertinentes para el análisis de las situaciones que realiza este trabajo, entendiendo que todo momento particular se explica en su construcción histórica. Así lo expresan las mismas autoras al afirmar que la Dirección de Atención Primaria de la Salud se ha consolidado como un campo institucional a partir de “procesos históricos de disputas entre actores que pugnan por el monopolio de la verdad” (p. 3). En dicho campo el saber médico se posiciona en lugares jerárquicos y de conducción, lo cual se manifiesta tanto en las normas formales como en los discursos y prácticas. Según las autoras

“desde este posicionamiento la organización funciona ‘correctamente’ a través de la repetición de procedimientos y el cumplimiento burocrático de normas, desligadas de la trayectoria que hubo entre la creación de un programa y el problema socio-sanitario que le dio origen, quedando los trabajadores enajenados y/o indiferentes del objetivo y del resultado de su trabajo” (Barrionuevo, Becerra, Bertona y otras, 2006, p. 2).

Este modo de funcionamiento de la Dirección de Atención Primaria de la Salud se corresponde con la concepción de salud del modelo médico hegemónico que, según las autoras antes citadas, se ancla en el “paradigma curativo-biológico-individual y el modelo asistencial, valorando la hiperespecialización como progreso científico y técnico” (p. 1). Esta concepción de salud se contrapone a una perspectiva integral, donde la dimensión social se constituye como posible objeto de intervención, al ser disputada en los espacios público societal y público estatal.

Por el contrario, toda expresión de lucha colectiva, donde las y los agentes dejan de posicionarse como pacientes para constituirse como actor social, capaz de defender y demandar al Estado el cumplimiento de sus derechos, son consideradas como amenazas al normal funcionamiento institucional.

En relación a lo anterior, cabe recalcar la afirmación de Almendra y Montenegro (s/f), acerca de que el primer nivel de atención es el sitio ideal para desarrollar los aspectos más integrales de la APS, especialmente los relacionados con la participación comunitaria. Además, los principios y valores de la APS son un aporte central para pensar en los posibles diseños de abordaje de la VO en el primer nivel de atención. Principalmente porque concibe a la salud, y la salud sexual y reproductiva como derechos, lo cual implica poner el foco en la calidad y adecuación de los servicios y prácticas profesionales de salud en relación a las necesidades de la población, reafirmando la obligatoriedad de una cobertura sanitaria que se referencie en los derechos de las personas y en los marcos jurídicos los regulan.

El modelo de atención biomédico se centra en los aspectos biológicos y en el conocimiento médico de las problemáticas de salud, secundarizando los determinantes socioculturales de tales procesos, subyugando los saberes, los sentidos y la autonomía de las mujeres. Así, la atención basada en tales lineamientos se expresa en intervenciones fragmentadas, asistencialistas y hospitalocéntricas que dificultan el acceso oportuno a un nivel de tecnología adecuado para responder las necesidades de salud y se constituyen en configuradoras de situaciones de VO.

Por el contrario, APS busca la satisfacción integral de las personas para que puedan alcanzar el desarrollo pleno de sus capacidades vitales y sociales. De esta manera, el enfoque que propone APS es coherente con una comprensión ampliada de los procesos sexuales y reproductivos, lo cual permite la construcción de estrategias de intervención que tengan en cuenta las diferentes cuestiones implicadas en el ejercicio libre y saludable de esos procesos, sin ningún tipo de abuso, coerción, violencia o discriminación, según lo establece el derecho<sup>55</sup>. Además, toda intervención integral se sustenta en el estudio de los condicionantes biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, etc. de estos procesos de salud.

La operativización del enfoque holístico requiere la sustitución del tratamiento individual por una atención continua en los ámbitos familiares y sociales de los procesos sanitarios. Para

---

<sup>55</sup>Los aspectos a considerar en dicho abordaje son: la actividad y la orientación sexual, las identidades de género, el placer, la intimidad, el erotismo, la posibilidad de decidir si tener hijos o no, el acceso a planificación familiar, a información, métodos y prácticas de anticoncepción, al aborto legal, seguro y gratuito, así como a servicios de atención ginecológica, obstétrica y de fertilización asistida. Información recabada de <https://www.huesped.org.ar/informacion/derechos-sexuales-y-reproductivos/tus-derechos/que-son-y-cuales-son/>. Última visita: 29/10/18.

ello APS enfatiza la promoción, la prevención, la planificación familiar, la participación de la comunidad, la planificación interdisciplinaria e intersectorial de los servicios sanitarios, etc. Estos ejes posibilitan el abordaje integral de la VO en el primer nivel de atención desde estrategias de promoción y atención de la salud sexual, reproductiva, libre y autónoma y de prevención de la VO, lo cual implicaría: consejerías de salud sexual, acceso a métodos anticonceptivos, atención ginecológica y obstétrica, participación de grupos de mujeres, entre otras actividades. Las mismas estarían enmarcadas en una planificación coordinada de servicios, en cuyo diseño participan profesionales de las diferentes disciplinas que conforman el equipo sanitario (trabajo social, enfermería, medicina, psicología, etc.), la comunidad, de manera individual o colectiva y diversos sectores, como las escuelas, las universidades y las organizaciones de la sociedad civil.

Las consejerías de salud sexual y reproductiva, que desde el CS se llevaban a cabo en las cooperativas 12 de Julio y Nueva Esperanza durante el año 2016, son un ejemplo de acciones de promoción y prevención interdisciplinaria, planificadas y coordinadas mediante la participación de tales comunidades, donde la atención de la salud sexual se acerca a los espacios territoriales para garantizar el acceso al servicio. Las acciones de la Red contra la violencia de género, conformada por el CS 67 y otros centros sanitarios, educativos, vecinales y comunitarios de la zona, constituyen otra muestra de acciones intersectoriales, interdisciplinarias y con participación comunitaria. Así también, la estrategia de intervención de este proceso de prácticas estuvo compuesta por actividades encuadradas en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y prevención de la VO.<sup>56</sup>

APS también plantea la necesaria vinculación articulada de los diferentes niveles de atención, para ello propone servicios de referencia y contrareferencia. Este aspecto es importante para el abordaje integral de la VO porque las mujeres acceden a los servicios del primer y segundo nivel de atención (CS 67 y del HMNRC) por cuestiones relacionadas a su salud sexual y reproductiva, por lo tanto, los servicios de referencia y contrareferencia son necesarios para garantizar una atención que responda adecuadamente a sus demandas. En tal sentido, una de las actividades de esta estrategia de intervención estuvo destinada a accionar la vinculación entre ambos efectores de salud a partir de un proyecto que proponía la planificación de visitas al HMNRC por parte de mujeres embarazadas que atendían su embarazo en el CS 67, para que pudieran conocer el proceso de atención y el espacio donde transcurrirían su trabajo de parto, parto y posparto.<sup>57</sup>

---

56 Entre ellas: el taller Cambio de luna, el video-debate en la semana del parto respetado y los Encuentros entre costura. Estas actividades se desarrollan en el capítulo 4.

57 Lo concerniente a esta actividad se desarrolla en el capítulo 4.

En cuanto a las dificultades para garantizar el acceso a la práctica de contracepción quirúrgica que fueron analizadas anteriormente en este capítulo, la descentralización y desconcentración de funciones y autoridad que plantea APS podrían ser una respuesta para destrabar la obstaculización a ese derecho reproductivo. En tal sentido, las consejerías integradas por tres servicios profesionales (gineco-obstetricia, trabajo social y psicología) podrían ser llevadas a cabo en el CS 67, en lugar de realizarlas en el HMNRC, lo cual facilitaría el cumplimiento de este requisito excluyente para el acceso de las mujeres la práctica de ligadura tubaria.

Los elementos que ofrece la APS aportan para que la intervención del trabajo social pueda constituirse en una acción instituyente de ciudadanía en los espacios de salud, que ponga en transformación las estructuras de poder instituidas, dando espacio a la participación comunitaria para la construcción de instituciones sanitarias más democráticas. En ese sentido, Paim (2012) afirma que en tanto la APS promueva el derecho a la participación comunitaria y acompañe los intereses de los movimientos sociales, contribuirá al nacimiento de nuevos/as agentes sociales capaces de cuestionar y subvertir sus posiciones de subalternidad, participar activamente en los procesos de salud-enfermedad e incluir otros temas en la agenda pública.

En relación al abordaje de la VO, la APS puede ser una herramienta que propicie el empoderamiento de las mujeres como agentes de derecho, cuestionando el modelo médico hegemónico y desnaturalizando las relaciones y representaciones que dan lugar a las practicas que las violentan. La participación de las mujeres puede dar espacio al reconocimiento de sus derechos y capitales culturales y sociales, y desde allí aportar a la construcción de una reflexión crítica y contra hegemónica.

En este sentido, las herramientas que ofrece la APS permiten entender la salud como una capacidad de lucha individual y social contra las condiciones que limitan la vida, como una capacidad para cambiar el estado de las cosas. En este enfoque, el/la agente se considera desde su agencia, es decir desde las prácticas y estrategias que le permiten intervenir en sus propios procesos de salud-enfermedad. Se apela a la potencia de los/as agentes implícitos en las intervenciones de salud para la construcción de autonomía, que permita cuestionar, cambiar o legitimar las relaciones de poder que están implícitas en las prácticas profesionales y sociales. (Ferrandini, 2000).

En este sentido, desde este enfoque se pueden entender las instituciones, en particular las de salud, como los espacios (simbólicos y materiales) donde tiene lugar la producción y reproducción, pero también la transformación de la sociedad, en tanto allí se construyen los/as agentes y las subjetividades. Habilita a pensar los márgenes de acción para construir instituciones más democráticas, impulsando estrategias que transformen la realidad y, configuren

agentes y prácticas que contribuyan a la autonomía y a la búsqueda de construir crecientes grados de libertad.

Hasta aquí se han desarrollado los valores, principios y elementos de APS, como así también, a lo largo de este apartado se han analizado los aspectos que estructuran el sistema de salud y condicionan el desarrollo de los servicios del sistema sanitario. Estos aportes fueron enriquecedores para evaluar las posibilidades de intervención en VO desde el trabajo social en el primer nivel de atención, es decir a partir del CS 67. Para dar cuenta de ello, en el siguiente capítulo se definirán los aspectos éticos, teóricos y metodológicos del proceso de intervención, que permitieron además planear los aspectos operativos que mediaron el proceso de abordaje.

# **Capítulo 3**

## **Intervención de violencia obstétrica en el primer nivel de atención**

### **3.1 Fundamentos del proceso de abordaje**

Como sostienen Acevedo y Aquín (2007), el trabajo social es una profesión que se define a través de la intervención. En la heterogeneidad del campo de la intervención social, lo que permite distinguir a las prácticas profesionales de cualquier otra acción, es que, la intervención del trabajo social está fundada en un marco de referencia que incluye aspectos ético-políticos y teórico-metodológicos. En ese sentido, cabe preguntarse por los aspectos que habilitan y sostienen este proceso de intervención de la VO en el marco de la disciplina del trabajo social.

En respuesta a tal cuestionamiento, las perspectivas de género, de derecho, de salud integral y como capacidad de lucha nutrieron y organizaron este proceso de intervención. Estos enfoques están vinculados a teorías, conceptos y categorías desde las cuales se pudo nombrar, analizar, interpretar e intervenir en la problemática de VO en el primer nivel de atención sanitaria. Entre los elementos centrales que orientaron este trabajo se pueden mencionar los aportes teóricos que conceptualizan la VO como una modalidad de violencia de género que se expresa en los espacios de atención sanitaria de los procesos sexuales y reproductivos femeninos (Belli, 2013; Arguedas Ramírez, 2014); diversos tratados y leyes que abordan los derechos sexuales y reproductivos; los conceptos de poder obstétrico, poder subyugado y dispositivos de control (Arguedas Ramírez, 2014); el concepto de maternalización (Nari, 2004); la teoría de la politización de las necesidades (Fraser, 1994); la categoría de modelo médico hegemónico (Menéndez, 2003); los aportes de APS (Rovere, 2012, Paim, 2012) y la concepción de salud como capacidad de lucha (Ferrandini, 2000).

Es necesario, además, fundamentar la intervención de la VO como objeto del trabajo social a partir de los aportes de la teoría de intervención. Ello es así porque hay diferentes disciplinas y actores que disputan históricamente el campo sanitario y los procesos sexuales y reproductivos como espacio y objeto exclusivo de su intervención. Y lo hacen desde enfoques reduccionistas, constituidos como dominantes, que desestiman el abordaje interdisciplinario de las problemáticas de salud y los aportes de otras disciplinas, como el trabajo social, para intervenir en ellas. Esto se refleja claramente en servicios sanitarios donde prima el abordaje de lo biológico, desatendiendo otros aspectos constitutivos de los procesos de salud.

Por lo tanto, para fundamentar el abordaje de la VO en el primer nivel de atención sanitaria desde el trabajo social, se dirá que la problemática constituye un obstáculo a la satisfacción de las necesidades de salud sexual y reproductiva de las agentes, lo cual se sitúa en el campo de la reproducción cotidiana de la existencia y conforma el campo de intervención del trabajo social. Esto se deriva de los aportes de Aquín (1995), quien sostiene que la profesión interviene cuando se presentan obstáculos a la reproducción cotidiana de la existencia, es decir,

cuando se impide el encuentro de agentes con los satisfactores socialmente reconocidos para la satisfacción de sus necesidades.

La salud sexual y reproductiva conforma el objeto del trabajo social cuando se presentan obstáculos socialmente reconocidos para su satisfacción, lo cual constituye vulneraciones a los derechos que restringen la ciudadanía de las mujeres. Así se refleja la ligazón estrecha entre la ciudadanía y el trabajo social, que fundamenta su intervención cuando un derecho se vulnera, pero también, en procesos de lucha por la politización de necesidades no reconocidas como derechos.

En relación a lo anterior y pensando en la intervención, es necesario reconocer con Aquín (2003) la distinción entre una ciudadanía formal y una sustantiva, entendiendo que el solo hecho de formar parte de una comunidad nacional que reconoce formalmente derechos no es suficiente para su ejercicio pleno. Los derechos sociales se encuentran desigualmente distribuidos, generando la existencia de grupos de ciudadanos/as de segunda clase, excluidos/as de la garantía de sus derechos sociales, económicos y culturales. Este es el caso de las mujeres en Argentina y en Córdoba, donde los Estados reconocen formalmente la salud sexual y reproductiva como derechos, comprometiéndose a garantizarlos, sin embargo, en la práctica están excluidas del ejercicio de los mismos, por razones sociales y de género.

Ante estas situaciones, es necesario considerar las limitaciones y desigualdades en el acceso a los recursos simbólicos, culturales, sociales y económicos, lo que conduce al reconocimiento de los aportes del trabajo social en la construcción de ciudadanía, es decir, el trabajo en el espacio territorial como escenario propicio para la problematización colectiva. Ello daría lugar a nuevas lógicas de acción que permitan procesos de apropiación, defensa y lucha por la extensión de derechos.

Cuando se habla de construcción de ciudadanía se hace referencia al reconocimiento de dos esferas complementarias: la estatal y la societal, es decir que se piensa en la constitución ciudadanos/as de cara al Estado y a la sociedad civil. Para aclarar esta noción, cabe tomar como ejemplo la lucha de organizaciones feministas y del movimiento de mujeres por los derechos sexuales y reproductivos que, desde la órbita de la sociedad civil, reclamaron al Estado el reconocimiento público de estos derechos. Así es como, a través de la participación colectiva, la sociedad civil ha fugado demandas desde lo privado hacia lo público, logrando el reconocimiento institucional del Estado de sus necesidades.

Estos aportes teóricos nutrieron y fundamentaron el proceso de intervención. La mediación de tales guías permitió el análisis de los procesos que configuran la problemática de la VO, el análisis del CS 67 como escenario institucional, el reconocimiento de las agentes con quienes se trabaja y el diseño de las diferentes propuestas que conforman la estrategia de

intervención. Tales aspectos serán desarrollados en los siguientes apartados, comenzando por el análisis de la institución sanitaria.

### **3.2 Análisis institucional del Centro de salud N.º 67**

El centro de salud es el primer contacto que toman las personas con el complejo de servicios, que deben estar a su disposición en la medida que ello sea necesario para resolver el problema de salud que presentan, es la puerta de entrada al sistema de servicios sanitarios (Testa: 1988).

El CS 67 se inauguró en el año 1992, a cargo de la Dirección de Atención Médico Periférica, que luego pasó a ser Dirección de Atención Primaria de la Salud. En un comienzo, su área programática abarcaba los barrios Villa Copelo, Los Químicos, 16 de noviembre y Villa Cornú. En mayo del año 2007 se inaugura el barrio Policial Anexo, con 299 viviendas, con familias provenientes de Villa Costa Canal IPV, que pasan a formar parte del área programática del CS. En el año 2009, comienzan a asentarse las primeras familias en terrenos que se ubican frente al Barrio Policial Anexo, ocasionando un aumento de la población a cargo.

Históricamente se planteaba la necesidad de abrir otro centro de atención para Villa Cornú, esto se logró en septiembre del año 2011 gracias al reclamo y lucha de los/las vecinos/as, sumado a la demanda por parte de los/las profesionales basada en la expansión de su área programática. El nuevo CS N°62 toma como área programática los barrios Va. Cornú, Va. Copello y Los Químicos. De esta manera, la población a cargo del CS 67 pasa a estar constituida por los barrios 16 de noviembre, Policial Anexo y los asentamientos 12 de julio, Nueva Esperanza y Manzana 231.

#### Equipo de profesionales

En palabras de Testa (1988), unas de las cuestiones que deben tenerse en cuenta para saber si se está frente a una APS integral o primitiva, se refiere a si la misma está a cargo de personal muy bien calificado, para poder responder adecuadamente a las exigencias de orientación que van a poner a los demandantes en un determinado rumbo dentro del sistema, contando con médicos/as generalistas y especialistas. El CS 67 posee un numeroso grupo de profesionales que conforman un equipo interdisciplinario, integrado por una trabajadora social, un psicólogo, tres médicos generalistas, una pediatra, dos enfermeras y un enfermero, un administrativo y un equipo de limpieza.

Los/las profesionales del CS tienen, en general una concepción integral de los procesos sanitarios, ya que no plantean su accionar únicamente en la dimensión biológica de la salud, no secundarizan las problemáticas de tipo social o estructural que conforman la totalidad de la

cuestión sanitaria, sino que ven a la salud como emergente de la cuestión social. De esta manera se entiende la consulta, la aparición de la enfermedad o la expresión comunitaria de problemáticas sanitarias, como naciente de una situación más compleja, que debe ser estudiada, analizada y abordada de manera integral. Una característica importante en relación al equipo de trabajo del CS 67 son los vínculos de cercanía y buen trato que se construyen con la población usuaria del servicio, lo cual se considera como aporte para la apertura e inclusión de la participación activa de la población en la construcción de los procesos de salud. Aun así, es necesario advertir que algunas prácticas profesionales contradicen el enfoque integral de salud y la construcción de vínculos de cercanía, lo cual pone distancias con lo que se manifiesta en lo discursivo. Esto fue analizado en el capítulo dos de este trabajo.

En relación a la estructura organizativa del CS, no existe un organigrama formal dentro del mismo. En consecuencia, no hay cargos, solo personas que ejercen funciones, elegidos por el equipo de profesionales, fundamentando a partir de diferentes criterios. Por lo general los encargados de los CS son médicos, lo cual no está legitimado a través de ninguna ordenanza o reglamento, sino que se debe, entre otras cosas, a la consolidación de posiciones de sujetos y relaciones entre estas posiciones, que ubican al saber médico en lugares jerárquicos y de coordinación. “De los 70 cargos de conducción profesional que existen, sólo uno de ellos es para Trabajo Social. El resto sólo puede ser concursado por profesionales médicos” (Barrionuevo y otras, 2006: 2)

Las reuniones de equipo se llevan a cabo los días jueves por la mañana, allí se discuten temas de interés y de necesidad de cada uno/a de los/las profesionales. Fue en una de estas reuniones donde se propuso realizar una votación entre todos los miembros del equipo, para designar un/a nuevo/a encargado/a. Quien había desempeñado este rol desde la inauguración del CS era el médico más antiguo de la institución. De manera consensuada se decidió que quien ocupe dicho lugar sea una de las enfermeras. Esto refleja que la institución posee una dinámica de trabajo democrática en relación a lo que refiere a la toma de decisiones, donde las mismas se resuelven promoviendo la participación de todo el equipo.

En cuanto a los recursos de la política pública que se distribuyen a través de las instituciones sanitarias, se puede decir que en el caso el CS 67, los mismos estarían constituidos por la provisión de los servicios sanitarios profesionales que conforman el equipo de salud y por los diferentes programas que gestionan y distribuyen recursos. Entre ellos, se pueden mencionar el servicio social, el de atención médica, el de atención de enfermería, el de atención psicológica, entre otros servicios. Relacionados a la problemática se puede mencionar el control y acompañamiento de los embarazos por parte de diferentes profesionales del CS, enmarcados en los programas municipales de embarazo y puerperio y de promoción de lactancia materna, a

partir de los cuales se realiza la entrega mensual de dos cajas de leche a cada mujer. Y el programa de Salud sexual y reproductiva que se materializa en las Consejerías de salud sexual, en la provisión y aplicación de diferentes métodos anticonceptivos.

En general, los programas destinados a las mujeres en este nivel de atención se focalizan en la función maternal y del cuidado de niños/as. Esta característica de las políticas de salud que tienen como objeto los procesos sexuales de las mujeres, puede ser entendida como maternalista. Bajo este rasgo se reproduce la representación sociocultural que define la femineidad en la función materna idealizada, comprendiendo, según Garay (2008), la concepción, gestación, parto, lactancia y crianza. Según el autor, esta ideología maternal se expresa diferente para los varones, donde la virilidad heterosexual es lo que define la masculinidad, por lo tanto, la procreación es la función relevante para ellos. La ausencia de dispositivos institucionales para analizar la salud sexual y reproductiva de los varones, en cuanto al acceso a métodos anticonceptivos provistos por el CS, pero también en relación a la función paterna, puede ser entendida como una reproducción de ideología maternalista por parte del sistema sanitario, asumiendo que la salud, el cuidado en las prácticas reproductivas y la crianza son principalmente cuestiones de incumbencia femenina.

En cuanto a las demás líneas de acción desde las cuales se trabaja, se llevan a cabo todos los programas nacionales<sup>58</sup> referentes a la APS. Sin embargo, debido a las medidas de recorte del gasto público tomadas por el gobierno nacional asumido en 2015, se manifiestan faltantes de insumos, entre ellos medicamentos, anticonceptivos, etc., lo que hace que muchas veces resulten escasos para el amplio nivel de cobertura de la institución. En ese sentido, es importante destacar la actitud de los/las profesionales que brindan atención a todas las personas que por diferentes motivos eligen atenderse en el CS, aunque no pertenezcan al área programática a la que ellos/ellas brindan su servicio. Aquí se puede ver cómo, aunque la política está diseñada para atender solo a personas que pertenezcan al área programática, en su gestión, el equipo sitúa sobre todas las cosas el derecho a la salud.

Una de las profesionales entrevistadas comentaba que los programas que llevan adelante poseen una normativa muy estructurada, pero que desde el CS se intenta dar otra impronta que los acerque más a las necesidades de la comunidad. Esto además de vislumbrarse como un reconocimiento de la identidad de la población, es también una muestra de la autonomía relativa que se intenta sostener desde un posicionamiento ético y político de los y las profesionales que conforman el equipo del CS.

---

58 Salud sexual y reproductiva- Control de embarazo y puerperio-Control de niño sano, de crecimiento y desarrollo-Control de diabetes e hipertensión-Vacunación-Remediar (medicamentos)-Plan Nacer-Bien Activo.

Los y las profesionales del CS 67, en general, pero no de manera homogénea, le dan lugar importante al abordaje de la violencia de género, lo que se sustenta en diferentes talleres y actividades que realizan con la comunidad, en el marco de acciones de promoción, prevención, asistencia para abordar dicha problemática. En lo que respecta a la VO, se encuentra una heterogeneidad de enfoques y posicionamientos. Por un lado, el interés y la motivación por comenzar a desarrollar talleres en relación al parto respetado surgió por parte de uno de los profesionales, quien lo propuso en las reuniones de equipo. Sin embargo, también surgió el cuestionamiento de otro miembro del CS, acerca de que no entendía por qué desde esta práctica se trabajaba la VO en la atención primaria. Una situación similar se dio cuando tal profesional expresó que la violencia de género no era un problema prevalente en el campo de la atención sanitaria, según su experiencia profesional. También hubo profesionales que manifestaron no haber leído la ley de Parto respetado, aunque si la conocían, como también aquellos/as que demostraron interés en formarse, capacitarse y realizar diferentes actividades en relación a la temática.

El hecho de no reconocer la violencia de género como problema de salud pública revela la invisibilización de una problemática grave que afecta la vida de las mujeres y que se expresa principalmente en las condiciones de salud y en el campo sanitario. Además, en los últimos años el Estado ha reconocido tales situaciones a partir de la sanción de normas nacionales, como la ley 25.929, que establece los derechos de las personas en relación al embarazo, trabajo de parto, parto y posparto, y la ley 26.485, que define la VO y la violencia contra la libertad reproductiva, estableciendo al sistema sanitario como uno de los ámbitos de expresión de la violencia de género. Este marco jurídico es una referencia obligada de cualquier actuación profesional, su desconocimiento revela la invisibilización de los tipos y modalidades de violencia de género y las dificultades del sistema público de salud para garantizar un servicio sanitario referenciado en las necesidades y derechos de las mujeres.

En cuanto al grupo de profesionales que acompañó específicamente este proceso de intervención, promovió desde el primer momento un ambiente propicio para el desarrollo de relaciones de cooperación. Así se pudo construir una visión unificada de intervención, sustentada en un abordaje interdisciplinario que contempló cuestiones sociales, culturales, generacionales, psíquicas e históricas y priorizó el saber, las experiencias, las significaciones y el empoderamiento de las mujeres. El equipo de profesionales que acompañó este proceso de prácticas se caracterizó por la predisposición, apertura y flexibilidad para los cambios en el desarrollo de la estrategia de intervención, brindando confianza y apoyo en los aportes que se pudieron realizar desde esta experiencia de práctica.

La trabajadora social del CS mantiene un vínculo permanente con la comunidad, lo cual se refleja en los abordajes colectivos que realiza, como la feria y las diversas actividades junto a mujeres en los asentamientos, desplegando estrategias de promoción y de prevención. La misma interviene, en mayor medida, sobre los obstáculos que hacen a la vida de las mujeres, situaciones vinculadas a la vida saludable de las mismas, en tanto vínculos y relaciones. En cuanto al enfoque de la profesional, su trabajo es realizado desde una perspectiva de género y de derechos. Esto se entiende como una fortaleza, tanto para el desarrollo de este proceso de prácticas en el CS, como para el proceso de aprendizaje, en tanto se apuntó en el marco de esta de intervención, desarrollar estrategias con enfoques de género, considerando que ello posibilitaría revisar las matrices epistemológicas que sostiene la modernidad con respecto a los lugares asignados a varones y mujeres. A su vez, estos procesos implican poner en juego las propias representaciones acerca de la familia, la maternidad, las identidades sexuales, etc., a la luz de una mirada crítica y reflexiva (Lera, 2009). Esto no sería posible sin complementarse con una perspectiva de derechos, que permita el empoderamiento de las/os agentes para el ejercicio de su ciudadanía.

En relación a la demanda de las/los agentes de intervención, se pueden distinguir dos maneras en que esta se presenta: la directa, que se expresa de manera espontánea, a partir del acercamiento de las/los agentes al CS, con motivo de recibir atención por alguna problemática, y programada, que se da a partir del acercamiento de los/las agentes pidiendo la programación de un turno para una consulta. Otro tipo de demandas para el trabajo social es la indirecta, donde son otras instituciones estatales, profesionales o agentes particulares quienes solicitan la intervención.

Cabe agregar que la mayoría de las veces las demandas al CS son realizadas por las mujeres en tanto cuidadoras de hijos/as y familiares a cargo. Esto se condice con los roles asignados culturalmente al género femenino, que se expresa tanto en las representaciones y consiguientes prácticas de las propias mujeres, como en la organización de las instituciones del sistema de salud, que focaliza los servicios y programas en las mujeres en tanto madres y/o cuidadoras.

### Área programática

Para entender cómo se dan los procesos de salud-enfermedad en determinada población es importante caracterizar sus condiciones sociales de vida. En tal sentido Laurell (1986) utiliza el término medicina social para hablar de aquella disciplina que estudia los procesos de salud-enfermedad de la colectividad en tanto expresión de los procesos sociales, analizando el contexto del acontecer económico, político e ideológico de la sociedad, en contraposición a la medicina hegemónica que concibe la salud-enfermedad como fenómenos biológicos de los individuos en

desarticulación con la totalidad social, por lo que carece de elementos suficientes para explicar la producción social de los procesos de salud-enfermedad colectivos.

Sumado a lo anterior, si se considera la salud como un derecho, este no puede ser visto de manera aislada, sino comprendido desde una concepción integral de los derechos humanos. La existencia de este derecho obliga a los Estados a propiciar las condiciones en las cuales los ciudadanos puedan vivir lo más saludablemente posible, incluyendo el acceso a los servicios de salud, pero también condiciones de trabajo saludables y seguras, alimentos nutritivos, trato digno, etc., que muestran que el derecho a la salud no se limita solamente al derecho a estar sano (Belli, 2013).

Tomando en consideración tales aportes, se puede decir que, para el abordaje de los procesos de salud, resulta necesario analizar los procesos sociales, económicos y culturales que hacen a las condiciones de vida de la población. En tal sentido se comenzará por decir que el área programática del CS está compuesta por los barrios 16 de Noviembre, Policial Anexo y los asentamientos 12 de Julio, Manzana 231 y Nueva Esperanza.

El barrio 16 de Noviembre se fue configurado a partir de un loteo de la mutual de policía de Córdoba. Las familias que accedieron a la compra de lotes fueron edificando sus viviendas con fuentes de ingresos estables. Las características edilicias de las mismas corresponden en general a construcciones de material, con instalaciones sanitarias internas. Las calles del barrio no están pavimentadas ni cuentan con cordón cuneta. Los servicios que posee son: red eléctrica y de agua corriente, alumbrado público, recolección de residuos y otros servicios privados como los de teléfono, cable e internet. No cuenta con red de gas natural, por lo que se proveen de este recurso mediante gas envasado. Este barrio y todos los que conforman el área programática del CS poseen servicio de educación pública provisto por la escuela primaria René Favaloro, donde también en horario nocturno funciona un CENMA (centro educativo de nivel medio de adultos), dos Jardines maternos: Patricia Stockoe y Graciela Cabal. Además, existen otras instituciones educativas públicas y privadas en barrios aledaños a las que los/las vecinos/as acuden.

El barrio Policial Anexo forma parte de las políticas de urbanización de la provincia de Córdoba, mediante la cual se relocalizaron villas y asentamientos, que se encontraban ubicadas en zonas no habitables (con problemas de inundaciones, contaminación, etc.). Las familias de este barrio provienen de la villa Costa Canal de la zona del IPV de Argüello.

El barrio está conformado por 299 viviendas, cifra que responde a una decisión del gobierno provincial para ahorrar en gasto público, ya que una cláusula del ente que financió este programa habitacional exigía al gobierno que, a partir de las 300 viviendas, este debía proveer una institución sanitaria, una escuela y una posta policial exclusivas para esa población. Se

estima que son aproximadamente unas 700 familias las que residen en este barrio<sup>59</sup>. Las viviendas son de material, con instalaciones sanitarias internas, dos dormitorios, un comedor cocina, patio con lavadero e instalaciones de luz y agua. A diferencia de los otros barrios y asentamientos, sus calles están pavimentadas, con cordón cuneta y veredas de cemento. Los servicios públicos con los que cuentan son red de agua corriente, energía eléctrica, alumbrado público, recolección de residuos y otros servicios que se proveen de forma privada. En cuanto a los espacios verdes y de recreación el barrio cuenta con dos plazoletas, algunas con juegos de hierro sin mantenimiento y canchas de tierra y pasto.

La diferencia entre la cantidad de viviendas y la cantidad de familias residentes responde a una estrategia familiar de los/las agentes, mediante la cual una unidad residencial es habitada por más de una familia-unidad doméstica, para resolver de esta manera sus necesidades habitacionales ante la ineficacia e insuficiencia de las políticas públicas habitacionales. Aunque esta población haya mejorado sus condiciones materiales de vida, en lo que hace a la estructura edilicia de las viviendas, los obstáculos a las necesidades habitacionales se expresan en problemas de hacinamiento, infiriendo de ello dificultades relacionales y vinculares en una dimensión simbólica.

Otra estrategia para resolver la necesidad de vivienda, está relacionada a la conformación de los Asentamiento Manzana 231,12 de Julio y Nueva Esperanza, entendiéndola como una expresión de la lucha por el derecho al espacio, donde los sectores subalternos entran en disputa de manera desigual con otros actores del campo social, pero también con el propio Estado, que debiera garantizar este derecho en vez de restringirlo.

El derecho al espacio es entendido a partir de Oszlak (1983), quien lo define como “la capacidad de fijar el lugar de residencia [...] capacidad que puede extenderse [...] a la participación en la decisión sobre obras de infraestructura y servicios colectivos en espacios públicos o privados adyacentes” (p. 2). El acceso a ese derecho se ejerce de manera desigual, reproduciendo la lógica de la estructura social, ya que la distribución y ocupación de los espacios en términos de localización y de acceso a servicios se produce de manera diferencial, donde los sectores sociales mejor posicionados también obtienen mejor acceso al espacio y a los bienes y servicios que lo conforman. Esa lógica desigual también se expresa en los términos de legalidad de los títulos a partir de los cuales el Estado reconoce formalmente el acceso al espacio. Cabe recordar que, en el código civil del país, tal derecho tiene máximo reconocimiento en los títulos de propiedad privada, donde se lo concibe como bien de cambio. Pero también es reconocido como bien de uso, destacando su valor y función social. Esta contradicción se juega y dirime en

---

59 Ver anexo 3: Entrevista a uno de los médicos del CS 67.

todos los juicios donde se pone en disputa la posesión de la tierra y donde no siempre el derecho al espacio, en todas sus dimensiones, es reconocido como derecho humano.

La estructura y dinámica que configuran el espacio responde a procesos de luchas donde los sectores populares disputan el territorio apelando a estrategias organizativas que les permitan responder a los procesos de necesidades implicados en el derecho al espacio. Así se constituyen tipos de ocupación territorial, que en función de su condición legal se pueden clasificar en:

- barrio: donde la mayoría de sus residentes son reconocidos legalmente a partir de la tenencia de títulos propietarios de los espacios que habitan y las situaciones de ilegalidad son escasas;
- villa: donde las viviendas se construyen sobre terrenos fiscales cuya ocupación no es reconocida legalmente y las características edilicias son precarias, con poco ordenamiento espacial y
- asentamientos: donde los territorios ocupados tampoco tienen reconocimiento legal, pero la lógica de ocupación responde a la organización colectiva, lo cual se imprime también en las expectativas de sus pobladores (Lumi en Acevedo, 2000).

A partir de las afirmaciones anteriores se puede mirar la conformación de los asentamientos como una estrategia organizativa, donde los/as agentes se disponen de manera colectiva, compartiendo y socializando diferentes capitales para posicionarse favorablemente en la lucha desigual por el espacio, en disputa con otros actores poderosos.

En el caso del Asentamiento 231, esta estrategia habitacional se origina en el año 2007, cuando familiares de residentes de Policial Anexo empiezan a poblar terrenos colindantes a la manzana 231 de este barrio. Ya se mencionó la disparidad entre la cantidad de familias y de viviendas, dando cuenta así, que ante el hecho de que las políticas sociales de vivienda no se diseñen atendiendo a las características y necesidades de las familias que las ocupan, estas tratarán de dar respuesta a las mismas a partir de otras estrategias, lo que muchas veces significará el no ejercicio pleno del derecho al espacio, entendido este como la capacidad de participar de los servicios públicos y de la infraestructura.

Hacia el norte de Policial Anexo, entre el country San Isidro y el emprendimiento Barrio Norte de la empresa Gama, están ubicados los asentamientos 12 de Julio y Nueva Esperanza, constituyéndose, en conjunto con el asentamiento 231, como espacios poblacionales en conflicto territorial.

La comunidad de 12 de Julio se asienta en terrenos fiscales pertenecientes a la Dirección Provincial de Vivienda. Sus pobladores/as conformaron la Cooperativa 12 de Julio a mediados del 2013, luego de que la Justicia ordenara el desalojo de un amplio número de familias del Barrio Policial Anexo. A partir de allí, decidieron iniciar la construcción autogestionada de sus viviendas. En mayo de 2014 recibieron la orden judicial de no innovar, impidiendo la

continuidad del proceso de urbanización que venían realizando. Además de la vulnerabilidad habitacional, constituida por la tenencia irregular de los terrenos, se suma una de mayor gravedad constituida por los desabastecimientos de luz y agua que sufren esporádicamente, debido a la carencia en que se da el acceso a estos servicios básicos<sup>60</sup>. Una de las referentes de 12 de Julio relató que, en el año 2015, estuvieron sin agua para las fiestas de fin de año, sin poder bañarse, lavar ropa y otras labores domésticas, pasando varios días en esas condiciones.

Nueva Esperanza surge en el 2012 como una toma de tierras por parte de unas 400 familias, durante el año 2016 esa cifra asciende a 900. Sus pobladores provenientes en su mayoría de Villa Páez y de países limítrofes<sup>61</sup> se disputan con la empresa Gama el derecho posesorio de sus terrenos, que son apreciados por la compañía desarrollista. En esta lucha por el acceso a una vivienda, en el año 2013 los vecinos conformaron la Cooperativa Nueva Esperanza, una forma de organización comunitaria para avanzar hacia la urbanización del barrio y sobre todo para conformarse en un actor colectivo capaz de disputar en mejores condiciones en este conflicto territorial.

Las condiciones habitacionales de las familias de los asentamientos 231 bis, 12 de Julio y Nueva Esperanza se caracterizan por la precariedad, no solo por las condiciones edilicias de las viviendas, que en su mayoría son de madera y plástico, sino sobre todo por la inaccesibilidad a una provisión regular de servicios públicos básicos como redes de agua corriente, luz eléctrica, gas natural, cloacas y recolección de residuos. Se autoproveen de agua y luz de manera irregular y acceden al gas envasado de forma privada. Estas condiciones se agravan por la violencia y hostigamiento hacia la población por parte de la policía, que constantemente mantiene un móvil en el lugar custodiando que se cumpla la orden judicial de no innovar.

Dentro del área programática del CS 67 las mujeres se constituyen en un agente importante, pero la caracterización de sus condiciones de vida y de salud será desarrollada en profundidad en el apartado siguiente, ya que dentro de este proceso de prácticas se constituyen como las agentes de intervención.

#### Organización/participación comunitaria:

La participación comunitaria es un eje importante que caracteriza la APS, la misma puede darse como un proceso nacido desde el conocimiento de las necesidades sufridas y sentidas por la población, junto con el convencimiento de que la acción grupal puede superar los problemas que la acción individual no puede resolver (Testa,1988).

---

60 Información recabada a partir del artículo periodístico disponible en: <http://www.cba24n.com.ar/content/vecinos-reclaman-autorizacion-para-seguir-construyendo>. Última entrada 24 de agosto de 2016.

61 Ver anexo 3: Entrevista a uno de los médicos del CS 67.

En este sentido se puede decir que los diferentes proyectos o propuestas comunitarias llevadas adelante desde el CS 67 son producto de un proceso histórico, político y social determinado, que fueron mutando en base a las necesidades que surgían por parte de la población.

En el año 2001, con el desarrollo de la crisis económica, social e institucional que se vivió a nivel nacional, se le otorgó protagonismo a la plaza del barrio como espacio comunitario realizándose trueques, ollas populares y copas de leche, organizados por una de las enfermeras del CS. Además, se llevaba a cabo la venta de ropa usada a precios muy económicos en la sala de espera de la institución.

Los Espacios de mujeres para la participación, socialización y reflexión inician en los años 2006 y 2007 y continúan durante el 2016, con sus diversas modalidades, desde talleres de salud sexual y reproductiva y ferias de artesanías. Todos atravesados por el objetivo de empoderar a las mujeres, promocionar el cuidado integral y prevenir y/o asistir la violencia de género. Cabe destacar que dicho CS fue una de las primeras instituciones del primer nivel de atención de la ciudad en colocar dispositivos intrauterinos DIU, acercándose mujeres de muchos barrios a colocárselos allí.

Los y las residentes de los asentamientos han conformado organizaciones comunitarias, desplegando estrategias para resolver de manera colectiva sus necesidades. Una de ellas es la conformación de las cooperativas, mediante las cuales han logrado mantenerse en los espacios en conflicto y responder de manera colectiva y organizada a la situación legal que implica la toma de tierras en disputa con la empresa Gama y con el estado provincial. Además, desarrollan actividades vinculándose con diversas reconocidas organizaciones sociales, institucionales y políticas.

En las estrategias de vida de los asentamientos se pueden advertir diversos recursos puestos en juego, como los conocimientos que les permitieron proveerse por cuenta propia, como agente colectivo organizado, de los servicios de agua y luz. Saber cómo resolver la reproducción de la existencia en una situación como las que atravesó esta población representa un capital cultural y social clave que definió su permanencia en el espacio. Cabe mencionar en este sentido el trabajo articulado de estas organizaciones con el CS para mejorar las condiciones de acceso al agua y la recolección de residuos, además de otras actividades que la institución sanitaria realiza en esos espacios, siempre en trabajo conjunto con los y las referentes de estas comunidades.

Las referentes barriales de 12 de Julio llevan a cabo distintas acciones sociales, entre ellas, una biblioteca popular, donde se dan clases de apoyo, copa de leche, etc. Estas actividades son coordinadas de manera conjunta con organizaciones políticas. A su vez, dichas mujeres participan activamente de las distintas actividades que realiza el CS en relación a la problemática

violencia de género, ya sea realizando la convocatoria u ofreciendo su casa para el desarrollo de las diferentes propuestas.

En relación a la atención del embarazo, se realizó un taller de psicoprofilaxis para el parto en el año 2005, prologándose durante 3 años, a cargo de una de las médicas generalistas que se encontraba trabajando en ese momento y destinado a las mujeres que atendían su embarazo en el CS, consistía en el acompañamiento de las mujeres en los diferentes procesos y etapas del embarazo. En el año 2014, uno de los médicos que formaba parte del equipo desde ese año, propone la idea de realizar alguna actividad alternativa y grupal que aborde la problemática de la VO, lo cual se pudo llevar adelante en el año 2015 con la inserción en el CS de un grupo de estudiantes del último año de la carrera de Trabajo Social, que habían elegido desarrollar su proceso de tesina sobre la temática del parto respetado.

A mediados del año 2016 surgió como demanda, por parte de las mujeres de Nueva Esperanza, trabajar sobre cuestiones relacionadas a salud sexual, a partir de lo cual se llevaron adelante durante ese año actividades coordinadas por la trabajadora social y la enfermera del CS cada quince días, usando como lugar físico la casa de la referente barrial.

Parafraseando a Feo (2012), la importancia de la APS radica en la incorporación de la comunidad en el abordaje de los procesos de salud-enfermedad, no sólo porque la participación comunitaria es crucial para la sustentabilidad de cualquier programa y proyecto social, sino porque en ella está el aporte central para la construcción social de la salud como derecho. En tal sentido, se considera que el equipo de profesionales del CS le otorga un lugar importante a la participación comunitaria, desarrollando y acompañando diferentes actividades grupales, acercándose a los asentamientos para planificar actividades de manera conjunta, buscando, entre otras cosas a través de la participación de los/as agentes, la autonomía comunitaria e individual.

#### Escuela René Favaloro

La escuela René Favaloro, de nivel primario y gestión pública, trabaja articuladamente desde hace muchos años con el CS en diferentes actividades, una de ellas fue el taller de educación sexual que se prolongó por casi 10 años, incluso antes que existiera la Ley nacional 26.150 y el Programa provincial de educación sexual integral.

En relación al proceso de intervención que sustenta este trabajo, la escuela brindó el espacio para la realización de los talleres Cambio de luna, una de las primeras actividades propuestas en el marco de la estrategia de intervención. La relación de los/las profesionales del CS con la dirección de la Escuela se caracterizan por relaciones de alianza y cooperación en cuanto al abordaje integral de temáticas como la violencia de género. A su vez, se encuentran en permanente comunicación para informarse de las diferentes situaciones o problemáticas que

pueden estar atravesando alumnos/as y familias del barrio. En este sentido cabe mencionar como ejemplo la organización conjunta de la jornada del 25 de noviembre (día de la no violencia hacia las mujeres) por ambas instituciones y otras, que conforman la Red contra la violencia de género.

#### Universidad Nacional de Córdoba

Esta institución es otro actor con quien el CS 67 se relaciona a través de diferentes instancias. Mediante convenios con unidades académicas como la Facultad de Ciencias Sociales, donde el CS se constituye como espacio para el desarrollo de prácticas preprofesionales de estudiantes de la carrera de Trabajo social (este trabajo es un ejemplo de ello), generando un dialogo y articulación de conocimientos entre ambas instituciones. Otra forma de relacionamiento se da a partir de los programas de extensión universitaria, entre ellos, el denominado “Mujeres, diversidad sexual, salud y derechos” de Trabajo Social y Filosofía y Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba. En el marco de este programa se solventaron los insumos necesarios para el desarrollo de los talleres y actividades realizadas a lo largo de este proceso de práctica. Además, se promovieron diferentes actividades que vincularon al CS 67, a la universidad y a otras organizaciones sociales en el trabajo sobre la temática de VO y parto respetado.

#### Hospital Materno Neonatal Dr. Ramón Carrillo

La atención primaria es el eslabón inicial de la cadena de atención, donde se resuelven los problemas de menor dificultad técnica -diagnóstica y terapéutica- y se orientan los restantes a los niveles sucesivos de la cadena. Ello requiere una red de establecimientos interconectados por claros procedimientos de referencia y transmisión de la información pertinente, que ordenan la circulación interna de pacientes en el sistema (Testa: 1988).

Como fue dicho en capítulos anteriores, la mayoría de las mujeres que asisten al CS 67 van a dar a luz al HMNRC, por lo cual se tornan importantes los procesos de referencia y contra referencia que se despliegan entre estas instituciones, vinculando así al primer y segundo nivel de atención, para el logro de una atención de calidad, pensada en las necesidades sanitarias de la población. Según relataba una de las profesionales del CS, la realización de tales procesos no ha sido tarea fácil, haciendo referencia a que uno de los médicos del CS derivó a una mujer para realizarse un estudio y la respuesta que obtuvo la usuaria por parte del HMNRC es que con el CS 67 no articulaban, y en consecuencia no recibió la atención solicitada. Estas situaciones de no atención eran frecuentes, según los relatos de mujeres recabados durante este proceso de intervención.

Además, no se desarrollan actividades en conjunto, tampoco se llevan adelante reuniones entre los/las profesionales de ambas instituciones. Sumado a esto, durante el año 2015 y 2016, en el marco de las prácticas preprofesionales en el CS 67, por parte de estudiantes de trabajo social, se buscó realizar actividades que permitieran la vinculación de ambos establecimientos en relación con la temática del Parto respetado. Sin embargo, no se pudo llevar a cabo ninguna actividad, evidenciando que los procesos de articulación interinstitucional presentan dificultades.

Al respecto, cabe mencionar un proyecto propuesto en el marco de este proceso de prácticas, que consistía en la realización de una visita colectiva por parte de las mujeres que atendían su embarazo en el CS 67, para conocer los espacios donde transcurrirían sus procesos de parto, parto y posparto. La trabajadora social del HMNRC pidió que tal iniciativa fuera redactada como proyecto para ser presentado y evaluado en dicho establecimiento, además relató que en el hospital ya se permitía a las mujeres visitar tales espacios. El equipo de trabajo de esta práctica presentó el proyecto requerido, pero la respuesta que se obtuvo fue que no era posible llevarlo a cabo por las situaciones conflictivas que se estaban dando en el establecimiento, a partir de que el plantel de trabajadores/as y llevaba adelante una lucha por mejores condiciones laborales.

En cuanto a la aplicación de la ley 25.929 en el HMNRC, se pueden reconocer algunas limitaciones, una de ellas es edilicia, ya que el hospital cuenta con una sala parto preparada para la internación de seis mujeres a la vez, lo que dificulta la efectividad del derecho a estar acompañada, ya que si éste se respetase en una mujer se estaría vulnerando el derecho a la privacidad e intimidad de las demás. Lo ideológico también se postula como una limitación ya que la trabajadora social del hospital relató acerca de las diferentes concepciones que los/las profesionales de la institución sanitaria poseen respecto de las mujeres y su salud sexual y reproductiva, existiendo tratos diferenciados basados en la etnia o clase social.

Sumando a lo anterior y considerando los relatos de las mujeres que atravesaron allí sus partos y los análisis sobre los condicionantes del sistema de salud, realizados en el segundo capítulo, se puede decir que la mirada que tiene en general el equipo de profesiones del HMNRC sobre la VO se aleja de reconocerla como problemática, reproduciendo la vulneración de los derechos de las mujeres y los de sus hijos/as y acompañantes.

En relación a esta situación cabe retomar los aportes de Belli (2013), quien cita el artículo 12 de la Convención sobre eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer, donde se declara que los Estados deben garantizar al género femenino servicios apropiados en relación con el embarazo, parto y puerperio, con el fin de asegurar las condiciones de igualdad entre hombres y mujeres en el acceso a servicios de atención médica. Para la autora las condiciones socio-económicas desventajosas de las mujeres que en general acuden a la atención sanitaria del

subsistema público, dificultan el conocimiento y la apropiación de sus derechos, lo que deja posibilidades casi nulas de reclamo por la garantía de los mismos.

### **3.3 Agentes de intervención: las mujeres, sus condiciones de vida y salud**

El trabajo social sitúa su intervención en la intermediación o encuentro de agentes que portan recursos (en el sentido que administran bienes y servicios estatales) y agentes cuyos procesos de reproducción están siendo obstaculizados por la vulneración de algún/os derechos, los cuales reconocen legalmente la satisfacción de las necesidades implicadas en tales procesos (Aquín, 1996). En este proceso de intervención, las agentes que encuentran vulnerados sus derechos serían mujeres en procesos de embarazo, parto y posparto, que acceden a los servicios del CS 67 para la atención de sus procesos de embarazo y/o puerperio y que en su mayoría conforman el área programática de este centro sanitario.

Para tener mayor entendimiento de los aspectos que caracterizan de manera particular a estas mujeres, se analizarán a continuación los procesos de necesidades de las agentes de la intervención, en sus dimensiones objetivas y subjetivas. Para ello se partirá del análisis de las condiciones de vida del área programática del CS en general realizado anteriormente.

Ya se mencionaron los problemas habitacionales de algunos barrios del CS, como las incapacidades de los planes de vivienda para responder a las necesidades de los/as ciudadanos/as y el conflicto territorial que atraviesan los/as vecinos/as de los asentamientos, que los expone a la irregularidad y hasta la privación en el acceso a servicios necesarios para la reproducción cotidiana de la existencia. Mientras el Estado no garantice el ejercicio pleno de los derechos que reconocen estas necesidades vitales, podemos decir, siguiendo a Heller, que los obstáculos se están dando a nivel de las necesidades necesarias, que se desglosan en existenciales de sobrevivencia y necesarias propiamente dichas. Ambas instancias afectan la reproducción cotidiana de la existencia en sus dimensiones doméstica y social (en Aquín, 1995).

Para entender estos obstáculos en los procesos de reproducción se retomará a Castel (1991), quien analiza la complejidad de la dinámica de la pobreza y propone una manera de ampliar la caracterización de estos procesos, muchas veces limitados a dimensiones económicas. Para ello, el autor incluye y conjuga la condición laboral y la relacional, lo que determinan zonas de integración, vulnerabilidad y marginalidad, según la dinámica de interacción entre ambas condiciones. En este sentido existen diferentes situaciones de pobreza dentro del área programática del CS.

Las condiciones de vida de las mujeres de 16 de noviembre coinciden con la zona de integración, ya que pertenecen a familias con fuentes de ingresos estables que permite el acceso a diferentes bienes y servicios. Estas condiciones nunca son estáticas y dadas de una vez y para

siempre, sino que se pueden ir transformando conforme se muevan algunas condiciones macrosociales y las capacidades familiares e individuales para afrontar tales cambios. Ello implica que una situación de estabilidad e integración podría ir variando a niveles de vulnerabilidad, ya sea por las situaciones de desempleo y de empleo no registrado que caracteriza el contexto actual, lo cual se agrava para el género femenino.

En 16 de Noviembre, la mayoría de las mujeres realizan trabajos domésticos, ya sea a nivel intrafamiliar, como rol asignado en la organización doméstica, o en relación de dependencia. Esto último significaría otra fuente de ingreso, aunque la mayoría de las veces se da en un marco de vulnerabilidad, ya que este tipo de empleo, como la mayoría de los no calificados, generalmente no es registrado, por lo cual las mujeres no pueden ejercer plenamente sus derechos como trabajadoras y acceder a todos los beneficios que garantiza un empleo en blanco. Desde una dimensión simbólica, esta situación es naturalizada por las mismas trabajadoras, transformándose en un obstáculo para el reconocimiento de sus derechos laborales. Una vecina de 16 de noviembre relataba que no le pagaban en blanco, pero reconocía como único perjuicio de tal situación no tener acceso a una obra social.

En todos los casos, las mujeres de 16 de noviembre conforman redes de relaciones familiares y vecinales estables, de las que pueden valerse en sus estrategias de reproducción, además de otros recursos puestos en juego, como los diversos conocimientos (de cocina, de costura, entre otros) a partir de los cuales pueden desarrollar emprendimientos. Una estrategia común son las tiendas de ropa usada en varios domicilios del barrio. Estas prácticas reconvierten capitales culturales y sociales en económicos, originando fuentes de recursos y de intercambio para resolver diversas necesidades de la reproducción cotidiana.

Las mujeres de Policial Anexo pertenecen a sectores de pobreza estructural ya que en la trayectoria familiar más de una generación viene atravesando situaciones de pobreza. Esto implica que históricamente se les han presentado obstáculos en el acceso a bienes y servicios vitales para la reproducción y por lo tanto del ejercicio de sus derechos, lo cual ha impactado en la estructura de sus diferentes capitales. Con el acceso a la vivienda estas mujeres han mejorado sus condiciones de existencia, posibilitándoles cierta autonomía para resolver otras necesidades.

Estas condiciones materiales permiten ubicar a las mujeres de Policial Anexo en cierta zona de marginalidad. En líneas generales esto implicaría fuentes de recursos a partir de empleos no calificados, que en su mayoría en nuestro país no están registrados. En cuanto al aspecto relacional, quizá hayan visto modificada su red de vinculaciones en los procesos de relocalización, lo cual pudo haber perjudicado de algún modo las estrategias familiares de vida, ya que en estos sectores de clase las redes de relaciones son fuentes importantes de recursos para los procesos productivos y reproductivos.

En cuanto a las mujeres de los asentamientos, podemos ubicar a este grupo en la zona de vulnerabilidad con riesgo de marginación. Se trata de sectores de pobreza estructural, con el agravante de la inaccesibilidad a la provisión regular de bienes y servicios vitales para la subsistencia. Por esta situación se ven obligadas a dedicar muchas horas de su tiempo a las actividades domésticas, acentuándose la división del trabajo según el género. En cuanto al aspecto laboral son familias que se caracterizan por la intermitencia en el trabajo (como albañiles en obras temporarias y changas), sin capacidad de reservas económicas por la precariedad de los empleos. Esta inestabilidad hace que estén en peligro constante de marginalidad en el nivel material, mientras que su red de relaciones se mantiene activa para el intercambio de recursos necesarios.

Decíamos anteriormente que el trabajo social interviene en procesos de necesidades cuando se presentan obstáculos para la reproducción cotidiana. El hablar de procesos implica entender las necesidades como movimiento, relación e interrelación, habilitando abordajes integrales y situados, en vez de focalizados o asistencialistas que reducen la intervención a la distribución de un recurso. En este sentido podemos advertir cómo los obstáculos en los procesos de necesidades de estas mujeres inciden en los procesos de necesidades de salud en general, y en particular en los de salud sexual reproductiva y no reproductiva. Mientras los servicios del CS están disponibles para toda la población de su área programática, las que menos acceden a ellos son las mujeres de los asentamientos. Durante los años 2015 y 2016, de un total de 123 mujeres en proceso de embarazo o puerperio, 19 pertenecen a los asentamientos, 42 son de Policial Anexo, 45 de 16 de Noviembre y las 23 restantes provienen de otros barrios o no se tiene registro de su procedencia.

La pobreza no repercute de manera homogénea en los mismos sectores sociales, sino que entran en juego otras categorías como la de género y generación para advertir los modos diferenciados en que se expresa en mujeres y hombres como en niñas y niños. Cuando los efectos negativos de este fenómeno se agravan para nuestro género, por los roles y estereotipos de la cultura patriarcal y androcéntrica de la estructura social, podemos hablar de feminización de la pobreza. En los sectores pobres las mujeres se hacen cargo del trabajo intradoméstico a temprana edad, ocurriendo lo mismo con el extradoméstico, donde son ocupadas generalmente en tareas de baja calificación, de manera informal y del trabajo comunitario, que implica un ingreso complementario a cambio de una extensión de las tareas que se realizan en los espacios domésticos y extradomésticos, pero esta vez en espacios comunitarios. Esto da cuenta de la triple jornada laboral y la consecuente pobreza de tiempo de las mujeres (Gaitán, 2008).

Este concepto permite explicar cómo al asumir las mujeres las tareas de producción y reproducción a nivel intra y extradoméstico, los servicios de salud se hacen inaccesibles para

ellas y la salud no se vive como derecho, sólo cuando implica la de otros/as. Esto se evidencia claramente en el discurso de una vecina de 16 de noviembre, cuando se le consultaba acerca de su concurrencia al CS, ella relataba que iba sólo por sus hijos, ya que ella rara vez se enfermaba.

En cuanto a la salud sexual de las mujeres, los datos obtenidos de las fichas de historias clínicas perinatales revelan que, durante los años 2015 y 2016, de un total de 123 mujeres, 48 no han planificado su último embarazo y 45 sí. Del mismo total, 26 mujeres no tienen registrado este dato en sus fichas perinatales y 17 no la poseen, ya sea porque el embarazo fue atendido en otro CS o porque fue un embarazo sin controles en la salud pública. Los datos no registrados podrían agrandar la cifra de embarazos no planificados, que aun así es mayor a los que sí lo fueron.

En cuanto a métodos anticonceptivos, 60 mujeres no usaban, 10 usaban el hormonal, 9 el de barrera y 1 usaba dispositivo intrauterino (DIU). 26 mujeres no tienen registrada esta información en su ficha perinatal, mientras que 17 no la poseen. Esto revela que, aunque haya disponibilidad de métodos anticonceptivos y consejerías de salud sexual, las mujeres no están accediendo al servicio, lo cual lleva a preguntarse por las razones que sostienen estas prácticas sexuales y reproductivas, tanto en mujeres como en varones, y por las implicancias en el ejercicio de la sexualidad como derecho y como proceso de salud.

Intentando responder a estas cuestiones se puede empezar advirtiendo que la dinámica patriarcal que estructura nuestra sociedad, fundamenta y produce relaciones desiguales entre hombres y mujeres, configurando para el género femenino ciertos roles y estereotipos que nos habilitan para unas prácticas y nos excluyen de otras. Una de esas exclusiones es el ejercicio libre de la sexualidad, desvinculada de la reproducción biológica como única y principal función, lo cual se resume en su concepción como derecho, vinculado a otros como el de salud (Rio Fortuna, 2008). En tanto el acceso a los métodos anticonceptivos esté impedido por cuestiones objetivas o por obstáculos que se juegan en la subjetividad femenina y masculina y se vea impedida la libre elección de tener hijos o no, cuántos y cuándo tenerlos, cabe preguntarnos si se están dando las condiciones que permitan vivir y disfrutar la vida sexual como un derecho. En este análisis cobra importancia la necesidad de la implementación de la ley de Educación sexual integral y el desarrollo de acciones territoriales de promoción de la salud sexual y reproductiva, en el marco de estrategias multidimensionales, intersectoriales e interdisciplinarias que pueda desplegar el CS 67.

Una expresión acerca de cómo se van construyendo las exclusiones al derecho a la sexualidad libre, desde una dimensión subjetiva, son los relatos de una vecina de 16 de Noviembre que, ante la pregunta sobre la experiencia de su primera menstruación, nos comentó

la sensación de vergüenza y el desconocimiento sobre lo que le sucedía, ya que en su familia ni en la escuela se hablaba de sexualidad.

Los mandatos culturales que pesan sobre las mujeres explican los datos obtenidos con respecto a la salud sexual y reproductiva. Sería interesante analizar los mismos datos para los varones, lo cual no es posible, ya que las instituciones de salud no poseen dispositivos para registrar y analizar esta información. La ausencia de estos dispositivos puede ser entendida como una reproducción del mandato femenino por parte del sistema sanitario, asumiendo que la salud y el cuidado en las prácticas reproductivas son principalmente de incumbencia femenina, lo cual además es contradictorio con la ausencia de educación sexual en diversas instituciones sociales como la familia y la escuela, a pesar de que para el último caso exista la Ley 26.150 de Educación Sexual Integral.

Las matrices androcéntricas, patriarcales y capitalistas que entran en juego en la dinámica social se manifiestan, como dijimos, en exclusiones diversas que se acentúan y perjudican de manera más grave a las mujeres, quitando autonomía para decidir libremente y participar activamente de la vida democrática. El Estado, como principal actor en las dinámicas de reproducción de la sociedad y como garante legítimo de los derechos de las poblaciones que representa, tiene las capacidades para incidir directamente sobre los procesos que condicionan las desigualdades y las asimetrías sociales y de género, lo cual implica la constitución de los/as agentes y su autonomía. En este sentido, las políticas sociales que asumen características universales inciden en los patrones de la reproducción social a partir de los procesos de desmercantilización y desfamiliarización que desarrollen. Esto significa que la satisfacción de necesidades ya no queda sujeta al mercado ni a la familia, sino a la sociedad en general, en la figura del Estado como distribuidor de los beneficios producidos socialmente (Danani, 2009). Ello contribuiría a la autonomía de las mujeres, al contradecir en la práctica los mandatos que anclan al género femenino a las tareas de la reproducción domésticas y que tiene como consecuencia la sobrecarga que obliga a la triple jornada laboral que se mencionó anteriormente.

Aunque los bienes y servicios vitales para la reproducción cotidiana de la existencia estén disponibles a partir de las políticas sociales, materializados en los recursos que se ponen en juego en el CS, como en otras instituciones, la apropiación por parte de las mujeres todavía no es posible, lo cual no implica que más adelante lo sea. Aquí es importante remarcar la dimensión histórica y cultural en las políticas sociales, para verlas no sólo como producto de decisiones y definiciones teóricas e ideológicas, sino como trayectorias, como procesos de institucionalización que se expresan en dimensiones simbólicas y materiales.

Para el caso de sociedades como las nuestras, con una cultura patriarcal marcada, es entendible que ciertos procesos que impliquen autonomía para las mujeres se den de manera

lenta y hasta resistida. Ejemplo de esto es el acceso universal a métodos anticonceptivos garantizado por las políticas estatales, lo cual era impensado en otros momentos donde las mujeres debían estar autorizadas por sus parejas o por el Estado para el acceso a algunos métodos. Otro ejemplo es el de la ley de Parto respetado, que todavía no está siendo garantizada, pero su existencia significa un reconocimiento importante en la lucha por la no violencia contra las mujeres y por la defensa y garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

La construcción de este apartado ha permitido una aproximación a las condiciones objetivas y subjetivas que tejen la existencia de las mujeres que acceden a los servicios sanitarios del CS 67. Esto a su vez, permitió reconstruir de manera situada el objeto de intervención, que es lo que se pretendió abordar mediante el proceso de prácticas y es lo que se desarrollará en el apartado siguiente.

### **3.4 La construcción situada del objeto**

Para construir de manera situada el objeto de intervención se han recuperado los aportes de Aquín (1995), quien lo conceptualiza como el equivalente teórico de una problemática socialmente demandada. Es construido desde lo racional y lo empírico, es decir mediante un marco teórico y de referencia, pero también desde la complejidad, recuperando la pluralidad de voces en consonancia con un proyecto democrático. La autora también resalta su carácter histórico-social, constituyéndose como un objeto situado, es decir, construido a partir del entendimiento de los modos de la reproducción cotidiana de la vida de los/as agentes, de las necesidades expresadas como demanda y como carencia, en el marco de un espacio social particular.

Es necesario recuperar también la noción de objeto construido como campo problemático de Rozas Pagaza (1998), para responder al sobre qué se interviene y para entender la intervención profesional a partir de una matriz teórica que la sustenta y una metodología que permite recrear y dar contenido empírico a lo teórico en la realidad social. De esta manera, este proceso de intervención se entendería como una praxis, es decir una relación dialéctica entre la realidad y los conceptos.

Los aportes anteriores y los análisis desarrollados a lo largo de este trabajo han permitido la reconstrucción de la intervención como campo problemático, la identificación del espacio, de las agentes y del objeto de intervención de manera situada. Este último es definido como los saberes, las relaciones y representaciones, que, basándose en desigualdades de poder y de género, sostienen la violencia obstétrica y se constituyen en obstáculos para la salud sexual y reproductiva de las mujeres que acceden a los servicios sanitarios del CS 67. Tales obstáculos se expresan en vulneraciones o violencias hacia las mujeres durante la atención sanitaria de sus

procesos sexuales y reproductivos, lo cual incluye no solamente la atención del embarazo, parto y puerperio, sino todo lo que hace a la garantía y promoción del derecho a la sexualidad, que comprende el ejercicio libre y saludable de la actividad sexual, la identidad de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad, y del derecho a la reproducción, que implica la libertad para decidir si tener o no hijos, cuántos y cuándo tenerlos, el acceso a información, a prácticas y a métodos de anticoncepción, a la planificación familiar, al aborto legal y seguro, a la atención de la menopausia y a servicios adecuados de fertilización asistida.<sup>62</sup>

El objeto de intervención se sitúa en procesos, término que rescata la idea de tránsito, movimientos, encuentros y desencuentros, “a través de los cuales se redefinen situaciones materiales, pero también vinculares y simbólicas” (Aquín, 1995: 23). En este sentido, el sistema de necesidades que conforman el objeto se sitúa en los procesos de salud sexual y reproductiva. Tales necesidades se expresan como potencia en la libertad y autonomía de las mujeres para vivir sus procesos sexuales y reproductivos como derechos. Se manifiesta en representaciones, relaciones, vinculaciones y prácticas basadas en el respeto, la salud y el bienestar; como así también en el acceso a información y educación sexual y reproductiva y en el acceso a métodos anticonceptivos elegidos. Se expresa además en el embarazo y parto elegidos, en una atención de salud sexual y reproductiva que promueva y genere bienestar y autonomía en las mujeres.

Como carencias se manifiesta en el desconocimiento de los procesos sexuales y reproductivos y de los métodos anticonceptivos, como así también en la obstaculización para la libre elección y el acceso a ellos. Se expresa, además, como prevalencia de enfermedades de transmisión sexual, de embarazos y partos no elegidos, de muertes por abortos, o como violencias física, psicológica o simbólica ejercida sobre las mujeres durante la atención sanitaria de sus procesos sexuales y reproductivos, donde se los aborda desde enfoques biologists y se posiciona a las agentes en un rol pasivo, objetualizado y subestimado. Se manifiesta en relaciones y vinculaciones asimétricas, basadas en la desigualdad de poder y de género y en los miedos, culpas, abuso, coerción, violencia o discriminación asociados a los procesos sexuales y reproductivos femeninos.

Estos obstáculos indican que la atención sanitaria de los procesos sexuales y reproductivos es de baja calidad, vulnera y no garantiza los derechos de las mujeres, sus hijos/as y acompañantes. Tales situaciones responden a barreras institucionales que dificultan el acceso a los servicios sanitarios, como son el mal trato y la poca disponibilidad de horarios en la atención, la no amigabilidad de los servicios, las condiciones edilicias y las normativas de los establecimientos no acordes a las necesidades y derechos de la población usuaria, etc. Ejemplo

---

62 Información disponible en <https://www.huesped.org.ar/informacion/derechos-sexuales-y-reproductivos/tus-derechos/que-son-y-cuales-son/>. Última entrada 23/10/18.

de estas barreras son las condiciones edilicias del HMNRC (seis camas sin cortinas en una misma sala), que obstaculizaban el derecho de las mujeres a la intimidad y a estar acompañadas durante el proceso de parto, el trato infantilizado, el no ofrecer información adecuada ni pedir consentimiento en la atención de los procesos de salud sexual y reproductiva, la ausencia o escasez de estrategias que promuevan la planificación familiar, entre otros, lo cual impide a las mujeres el ejercicio de la autonomía en sus propios cuerpos y procesos.

Durante este proceso de abordaje se construyeron análisis que permitieron esclarecer los elementos del campo del trabajo social, necesarios para una intervención fundada de la VO, y se los desarrolló en los capítulos que componen este trabajo. El análisis conceptual, histórico y legal de la problemática, el del escenario institucional y social y el de las agentes del proceso, han permitido una construcción situada del objeto, que ubica la intervención en una contextualidad particular.

Tales acercamientos y esclarecimientos de la realidad enriquecieron el diseño de la estrategia de intervención, que es considerada por Gonzales (2001) como el mismo proceso de intervención, que articula posicionamientos éticos, teóricos y metodológicos, necesarios para enfocar y responder de manera sistemática al abordaje de estos procesos de necesidades implicados en una problemática. Estos diferentes aspectos de la estrategia de intervención serán precisados en los apartados del siguiente, que componen el último capítulo de este trabajo.

# **Capítulo 4**

## **La estrategia del proceso de intervención**

#### **4.1 Las Dimensiones ética y teórica**

A partir de los aportes de Gonzáles (2001) se puede entender el diseño de intervención como un proceso compuesto por distintos núcleos o dimensiones que sostienen cada práctica. Uno de esos núcleos se define por las implicancias morales y políticas inherentes a toda acción, ya que lejos de ser asépticas o neutras, las prácticas profesionales tienen una función social, es decir, un papel, una posición desde donde las disciplinas, a partir de las relaciones de su intervención aportan a la reproducción o transformación de la estructura social más amplia. El entendimiento y definición de la función social orientará la elección de marcos referenciales desde donde se explicará la realidad y se construirán las herramientas metodológicas para intervenir en ella. Este marco metodológico constituye el otro núcleo de la intervención, y aunque es diferenciado del primero, ambos están mutuamente condicionados, de manera que toda acción tiene una teoría que la sustenta, aunque esta sea explicitada o no.

En primer lugar y siguiendo a la autora citada, es necesario aclarar que la intervención se percibe como un proceso que comienza desde el momento en que se toma una demanda. En tal sentido, intervenir no significaría la mera ejecución de actividades en la etapa final de un plan, por el contrario, los procesos de recolección de información, análisis, definición de objetivos y estrategias conformarían la ejecución y configurarían la intervención junto a otros elementos como el posicionamiento ético y teórico. El término proceso significa flexibilidad, lo cual implica superar la idea de etapismo, consistente en la aplicación rígida de instrumentos operativos en momentos específicos. Por el contrario, en el proceso de intervención cada uno de los momentos que lo conforman se condicionan y determinan mutuamente, más allá del orden que tengan en la planificación del proceso.

Siguiendo con la exposición de las cuestiones éticas, se parte por esclarecer la percepción que se ha construido acerca de las agentes de la intervención. En tal sentido, se cuestionó la noción de “sujeto”, entendiendo que el término nombra a partir de la sujeción, resaltando unas estructuras sociales preexistentes, que impuestas desde afuera conforman la identidad y condicionan las prácticas. En su lugar se propone la categoría de “agente”, poniendo el foco en la relación agente-medio social y destacando la potencialidad transformadora de las prácticas sociales (Campisi y Carreras, 2008). A partir de tal noción cobran mayor importancia los recursos y diferentes capitales de las/los agentes, como cuestiones esenciales que debe considerar cualquier estrategia que pretenda transformar la realidad.

En consonancia con lo anterior es necesario recuperar las definiciones de González (2001) acerca de la tarea de intervenir, quien retoma de Giddens el concepto de “saber mutuo” para decir que las prácticas de intervención deben fluir entre dos mundos interpretativos, el de los/las agentes y el de los/las profesionales, como manera de poner en diálogo ambas

perspectivas y en tal relación fundar la intervención. La autora advierte además la carga ideológica y teórica de cada acción profesional que se expresa a partir del conocimiento y reconocimiento de las identidades, para luego plantear la intervención como una transferencia e intercambio de recursos culturales, en donde agentes del trabajo social apelan a sus conocimientos y capacidades, como también a los de otras disciplinas, instituciones y de quienes demandan la intervención profesional.

Comprender la intervención social como una relación, donde se reconocen agentes sociales con diferentes capitales y capacidades transformadoras, es clave para construir abordajes que se sostengan en vinculaciones igualitarias. Esto se contrapone a aquellas prácticas que reproducen el modelo médico hegemónico y se basan en la exaltación del saber científicamente reconocido, desconociendo o subalternizando otros tipos de saberes.

Se considera necesario, además, comprender a quienes demandan la intervención como agentes de derechos, los cuales son reconocidos en diversos tratados internacionales y ratificados por el Estado argentino. Estos deben ser entendidos desde una visión integral para la protección y garantía del bienestar de tales agentes. Así también, para construir la intervención fue enriquecedor el posicionamiento desde la perspectiva de género, que permite reconocer, entender y explicar la problemática de VO y las relaciones de poder que configuran desigualdades, favorables a varones y discriminatorias para las mujeres. Las categorías de este enfoque epistemológico posibilitan el análisis de cómo estas relaciones son construidas cultural e históricamente atravesando todo el entramado social, articulándose con otros procesos y relaciones.

Esta intervención pretende fundamentarse en un posicionamiento ético y teórico que articule diferentes enfoques para abordar una realidad particular. Esto implicó la construcción de una matriz orientadora, conformada por la perspectiva de derechos y de género, por una comprensión de la salud como capacidad de lucha y autonomía de los/las agentes (Ferrandini, 2000), y por el entendimiento de las instituciones como espacios que permitan generar una construcción de democracia para la transformación social (Rovere, 2012).

Esclarecer los posicionamientos éticos de la intervención profesional del trabajo social, hace insoslayable la referencia a las normativas del código de ética del Colegio de Profesionales en Servicio Social de la provincia de Córdoba (C.P.S.S.P.C), que en el artículo uno de sus principios fundamentales proclama el reconocimiento de la libertad, igualdad, inclusión y justicia social como valores éticos-políticos fundamentales de la profesión, comprometiendo a los/las profesionales a la construcción democrática de las instituciones con las que se vincula. Este código puede orientar la intervención, en tanto proclama el respeto del derecho a la autodeterminación de las personas como ejercicio responsable de libertad (inciso 3 del artículo 1),

aun cuando no se coincida con las decisiones deliberadamente tomadas por las/los agentes. Lo cual aporta elementos importantes para cuestionar el ejercicio responsable de la libertad de las mujeres en el contexto de la atención pública sanitaria.

En este sentido, los puntos de tensión que pueden visualizarse en el proceso de intervención se basan en los obstáculos que presenta el espacio para la satisfacción de las necesidades de salud sexual y reproductiva y la vida libre de violencia para las mujeres. Tales obstáculos tienen que ver con una estructuración del sistema de salud a partir del enfoque biomédico, despojado de una noción integral de salud y de una perspectiva de género. Por lo tanto, el abordaje de la VO interpela a los/as profesionales en la configuración de agentes con autonomía, en procesos de práctica que pongan en cuestión las significaciones sociales instituidas en los diferentes espacios de abordaje. Incluye además la revisión de las prácticas e impulsa a superar la heteronomía de las instituciones y del accionar profesional, creando y manteniendo espacios de reflexión para poner en discusión los posicionamientos.

La matriz ética y teórica que explicitamos en este apartado permite interpretar la VO como una problemática de una sociedad desigual y reconocer agentes de intervención con sus dotaciones particulares de capitales y singularidades. Tales interpretaciones, a su vez, direccionan la actividad profesional, habilitando un sentido particular en la construcción del cuerpo instrumental que operativiza el proceso de intervención. Esta construcción, que puede expresarse en el cómo hacer, constituye el núcleo metodológico de la intervención y se lo especificará en el siguiente apartado.

## **4.2 La dimensión metodológica**

González (2001) afirma que el trabajo social interviene utilizando metodologías construidas en el mismo proceso de intervención, para influir sobre una porción de la realidad social en el abordaje de un objeto construido de manera situada. Es en tal proceso de intervención donde se aplican un conjunto de herramientas metodológicas del trabajo social, especificadas como técnicas, procedimientos e instrumentos operativos, según el nivel de abordaje y la problemática abordada. Al conformar el proceso de intervención, estas herramientas son interdependientes, algunas están integradas y son necesarias para la construcción de otras. A continuación, se van a especificar detalladamente las utilizadas a lo largo del proceso de intervención.

### **4.2.1 Los procedimientos**

La autora citada en el párrafo anterior entiende a estos como “modalidades de acción: una serie de actos que predeterminan cursos de acción” (p. 6), “suponen un curso, una tendencia en

las formas de desarrollar las acciones profesionales” (p. 7). Comprenden un conjunto de actividades que tienden a un mismo fin e incluyen a otras herramientas metodológicas. Los procedimientos pueden ser nombrados como estrategias de gestión, promoción, educación, dilucidación, asistencia, entre otras.

Este proceso de intervención se llevó a cabo mediante la articulación y combinación de varios procedimientos. Uno de ellos es la estrategia de promoción que, según la autora antes citada “implica impulsar a la realización de acciones o la formación de determinados conocimientos y representaciones” (p. 8). Se entiende en esta definición de promoción una faz educativa, que puede ser entendida como un espacio que propicie la construcción y deconstrucción de saberes y conocimientos a partir de experiencias situadas y con sentido para los/las agentes intervinientes. A partir de ello se pretendió generar procesos que desnaturalicen la VO, que visibilicen las relaciones y representaciones que generan desigualdades de género en las y los agentes participantes de las prácticas de atención sanitaria. En tales sentidos se intentó propiciar una construcción colectiva de conocimientos liberadores y la deconstrucción de estereotipos opresores, muchas veces legitimados y naturalizados por el modelo médico hegemónico.

La mención de esta faz educativa hace necesaria la crítica hacia aquellas prácticas, que implícitamente o no, conciben a la educación como la mera transmisión o reproducción de información, conocimientos e ideas de la cultura dominante, que se conjugan con nociones de “sujeto carente” de recursos (económicos, culturales y sociales), desconociendo los capitales y las capacidades transformadoras de los y las agentes. En esta lógica, las estrategias educativas consisten en llenar de contenidos a sujetos vacíos (o vaciados), en el marco de una relación asimétrica, donde una parte es portadora de los conocimientos y la otra se caracteriza por la ignorancia y las dudas.

Contrario a esto, se apela a procesos que asuman características de la educación popular, cuyas metodologías consisten en técnicas y dinámicas que parten de la propia realidad y experiencia de los/las agentes, pretendiendo incentivar el interés, la participación, el diálogo y la reflexión. De manera que la relación que se construye en este proceso no es asimétrica, en el sentido de que no hay una parte que porta todas las respuestas, sino que cualquiera tiene conocimientos y desconocimientos acerca de diferentes realidades. Estos procesos se caracterizan por la grupalidad, flexibilidad, participación y vivencialidad (Diccionario de Acción Humanitaria y cooperación al desarrollo)<sup>63</sup>. En tales sentidos, es importante revisar constantemente las prácticas sanitarias en su faz educativa, buscando no reproducir la lógica de asimetría, propia de las relaciones que se dan en el marco del modelo médico hegemónico, donde

---

63 Disponible en <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/83>. Última entrada 8 de octubre de 2016.

se privilegia el conocimiento médico y se subalternizan los saberes y sentidos de la población usuaria de los servicios sanitarios.

El procedimiento de promoción, según González (2001), también tiende a “facilitar la participación y la toma de decisiones... [a] estimular la propia capacidad para reflexionar sobre las situaciones propias y cambiarlas mediante las propias acciones” (p. 8). Esta estrategia busca promover la participación en sus diferentes niveles (Robirosa, 1990)<sup>64</sup>, es decir, en cuanto a la participación en el acceso a información acerca de leyes como la de Parto respetado (25.929), la de Protección integral a las mujeres (26.485), la de Salud sexual y procreación responsable (25.673) y la de contracepción quirúrgica (26.130). A su vez, se pretende que el conocimiento y apropiación de tales leyes estimule la toma de decisiones sobre sus propios procesos de salud sexual y reproductiva, lo cual constituiría un siguiente nivel de participación. Además, se busca la incidencia de las usuarias en lo que hace a la atención sanitaria, en tanto la apropiación de derechos las impulse a demandar un servicio acorde a la garantía de los mismos y a sus necesidades.

El procedimiento anterior se vincula al de dilucidación, el cual, según la autora que se viene siguiendo “supone el esclarecimiento o problematización de una situación, analizando las alternativas de acción y sus consecuencias, respecto de las necesidades y su jerarquización” (p. 9). En tal sentido, se busca generar espacios y procesos colectivos donde se puedan identificar situaciones que constituyan VO o que signifiquen una vulneración a los derechos sexuales y reproductivos femeninos, en experiencias propias y ajenas. Se pretende que tales espacios propicien el ensayo y la elaboración conjunta de estrategias individuales y/o colectivas en defensa y reclamo de tales derechos, como así también, de otros que estén relacionados a los procesos vitales de las mujeres, cuando estos no se vean garantizados.

El procedimiento de promoción también está vinculado a procesos de empoderamiento, los cuales implican el reconocimiento y auto-reconocimiento de las/los agentes y sus singularidades, la recuperación de aquellos saberes y experiencias sobre el propio cuerpo y los procesos sexuales y reproductivos, que permitan una vida saludable y autónoma. Tales saberes constituyen los capitales culturales y sociales que sostienen la identidad, son los recursos, las capacidades y potencialidades que poseen las y los agentes para posicionarse favorablemente en el espacio social, en la medida en que se reconozcan como tales y puedan ser puestos en juego activamente.

---

64 Robirosa plantea tres niveles de participación, el primero remite al acceso a la cantidad y calidad de información pertinente y necesaria para su evaluación por parte de la población, el segundo requiere poder opinar y discutir sobre asuntos, como también la modificación de decisiones o acciones, y el último nivel está condicionado por los anteriores niveles ya que, para decidir sobre sus propios asuntos, la comunidad requiere una adecuada y oportuna información como así también mecanismos de discusión.

Otra estrategia del proceso de intervención es la de gestión, que es definida por Gonzáles (2001) como una “intermediación... conducente al logro de un propósito que sirve para atender una necesidad” (p. 7). Mediante este procedimiento se realizaron diversas actividades de intermediación entre agentes de diferentes instituciones, como el CS 67, el HMNRC, la Universidad Nacional de Córdoba, la agrupación Mujeres por un parto respetado de la ciudad de Córdoba, las Cooperativas 12 de Julio y Nueva Esperanza, las mujeres usuarias del servicio de ambas instituciones de salud y estudiantes del quinto nivel de Trabajo Social que desarrollan su práctica pre-profesional en el CS 67 durante el año 2016. El propósito de estas intermediaciones consistió en concretar actividades y acciones que tiendan a resolver las necesidades vinculadas a los derechos de salud sexual y reproductiva de las mujeres, buscando su posicionamiento como protagonistas de sus propios procesos y la garantía de tales derechos en los servicios de salud, lo cual se expresa en el acceso a una atención sanitaria de calidad.

Siguiendo a la autora antes mencionada, el tiempo y el espacio son dimensiones importantes en el diseño de los procedimientos que conforman el proceso de intervención. El espacio en este proceso está constituido por el lugar geográfico donde se ubica el CS 67, es decir el barrio 16 de Noviembre y su área de cobertura, situados en la periferia noroeste de Córdoba Capital, a 30 km del centro de la ciudad. La estructuración geográfica de los espacios reproduce en cierta forma la distribución de las posiciones en la estructura del espacio social. En tal sentido, la posición social de los y las agentes se refleja en la desventaja que implica la distancia del barrio con respecto al centro de la ciudad, donde se concentran diversos servicios públicos (registro civil, oficinas de servicios, de justicia, etc.), lo que sugiere una dificultad en cuanto a la accesibilidad a los mismos.

En cuanto al espacio profesional, éste se encuentra enmarcado por las prácticas de intervención pre-profesionales en el CS 67, en convenio con la secretaría de extensión de la Universidad Nacional de Córdoba. En cuanto al espacio como campo de intervención, este se ubica en el área de salud, donde intervienen otros/as agentes (profesionales de medicina, enfermería y psicología, organizaciones sociales, organizaciones institucionales, población usuaria de los servicios sanitarios), que con diferentes tipos de capitales configuran una estructura donde tiene predominancia el modelo médico.

El tiempo de la intervención tiene un doble significado. Por un lado, se refiere a los arreglos institucionales, que en este caso están definidos por la exigencia académica para estas prácticas de intervención pre-profesional, donde se estipula no menos de 10 horas semanales distribuidas en al menos dos días, durante los meses de marzo hasta noviembre inclusive. Por otro lado, el tiempo de la intervención se define según la urgencia de la demanda, que puede estar planteada por los agentes o por la misma situación. En relación a estos dos significados del

tiempo es preciso señalar que, como practicantes pre-profesionales, la dedicación a la demanda será exclusiva en este proceso de intervención.

En cuanto a la contextualidad en la que se presenta la demanda, que puede ser directa o indirecta, en este caso sería la segunda, ya que no son las mismas agentes inmersas en la problemática quienes demandan, sino que es el equipo del CS 67 quien acuerda el proceso de intervención.

Para finalizar este apartado, es necesario remarcar que a partir del diseño de estos procedimientos se intentó abordar los obstáculos en el acceso a los recursos socialmente disponibles que conforman los procesos de necesidades de salud sexual y reproductiva y son reconocidos por el Estado como derechos de las y los agentes. Se buscó la apropiación de tales derechos, lo cual puede expresarse en la construcción de una ciudadanía que incorpore la noción de derechos en sus procesos de salud sexual y reproductiva y en su vida cotidiana. Para ello es ineludible la construcción de instituciones con lógicas de organización y prestación de servicios que se fundamenten en la democracia y en el respeto de los derechos de sus usuarios/as. Estos procedimientos, que conforman el proceso de intervención, no podrían haber sido llevados a cabo sin la producción de instrumentos operativos y la utilización de técnicas. En tal sentido, es necesario desarrollarlos respectivamente en los siguientes dos apartados.

#### **4.2.2 Las técnicas y los instrumentos operativos**

González (2001) agrupa bajo estas nomenclaturas diversas herramientas metodológicas utilizadas por el trabajo social en el proceso de su intervención. En cuanto a los instrumentos operativos menciona el diagnóstico, planificación, evaluación y sistematización. A su vez, estos utilizan para su diseño, construcción y ejecución, otras herramientas llamadas técnicas, que son utilizadas a lo largo del proceso de intervención. En tal sentido, la planificación y realización de algunas de las actividades, implicaron la realización de entrevistas, observaciones, registros y análisis, mientras que la evaluación y sistematización implicaron las técnicas de registro, análisis e interpretación. Esto se expondrá a continuación, donde se presentan detalladamente los instrumentos operativos utilizados en el proceso de intervención:

##### Planificación

Este instrumento fue una de las herramientas metodológicas que orientó y posibilitó la operatividad del proceso de intervención, siendo imprescindible en su diseño y construcción la definición de objetivos. En tal sentido, se planteó como objetivo general:

- Propiciar la apropiación y el ejercicio pleno de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres usuarias del CS 67 en procesos de embarazo, parto y puerperio.

En cuanto a la definición de los objetivos específicos, se plantearon los siguientes:

- problematizar las relaciones y representaciones que generen desigualdad de género y asimetrías en la atención sanitaria de los procesos sexuales y reproductivos.
- promover la apropiación y reconocimiento de derechos y capitales sociales y culturales de las y los agentes en la atención sanitaria de los procesos sexuales y reproductivos.
- facilitar el acceso a la información en lo referido al servicio sanitario de sus instituciones de referencia, a las mujeres usuarias del CS 67 en proceso de embarazo, parto y puerperio.
- promover la participación ciudadana de las y los agentes del CS 67 en las prácticas sanitarias, en el marco de los valores y principios de la APS;

Como se ha mencionado, la planificación de actividades es la mediación que permite operativizar los objetivos planteados del proceso de intervención. La formulación de este instrumento incluyó la definición de otros elementos como las metas, los recursos necesarios, los/las responsables para llevar a cabo las actividades y la especificación del tiempo de cada una de ellas, planteados estos dos últimos en forma de cronograma. Sin embargo, en esta presentación se describirán y analizarán algunos elementos de la planificación, en función de evaluar el proceso de intervención, a partir de la valoración de las actividades más relevantes del abordaje. En tal sentido, a continuación, se enunciarán las principales actividades que componen la estrategia de intervención:

- 1) Recolección, procesamiento y construcción de dispositivos de análisis de información a partir de las historias clínicas perinatales de mujeres gestantes, en proceso de parto y puerperio, usuarias de los servicios sanitarios del CS 67.
- 2) Planificación, convocatoria, ejecución y evaluación de los talleres Cambio de luna, (de marzo a junio) y Encuentros entre costuras (de agosto a noviembre), previstos para la participación de las mujeres usuarias del CS 67, en proceso de embarazo y puerperio.
- 3) Difusión de la Ley de Parto respetado a partir de la exposición de cartelera con imágenes y derechos en la sala de esperar del CS N67.
- 4) Organización y participación de actividades por la semana del Parto respetado, en cogestión con el grupo “Mujeres por un parto respetado de Córdoba”, las organizaciones sociales de 12 de julio y Nueva Esperanza y el CS 67.
- 5) Planificación, realización y análisis de entrevistas domiciliarias a mujeres en período de puerperio.
- 6) Entrevista a la Trabajadora social del HMNRC, formulación y gestión del proyecto “Conociendo el lugar donde parir”.

- 7) Planificación, realización y análisis de entrevistas a cuatro profesionales del CS 67 para conocer los posicionamientos institucionales respecto a la VO.
- 8) Planificación y realización de una reunión con el equipo del CS 67 para analizar y debatir sobre la salud sexual y reproductiva de la población usuaria, donde se presentaron gráficos de algunos datos estadísticos de las historias clínicas perinatales y la propuesta de una guía para abordar las consultas de embarazo.
- 9) Participación de una reunión de planificación y realización de una jornada comunitaria por el Día de la no violencia hacia las mujeres, en cogestión con otro grupo de práctica de Trabajo social del año 2016 y la Red contra la violencia de género.

### Evaluación

Si la intervención puede ser entendida como un proceso de gestión, en ella se puede advertir una dimensión, de naturaleza diferente a su diseño y planificación, ya que según Chiaria y Di Virgilio (2009), la gestión es el “espacio privilegiado de reproducción y/o transformación de la política social” (p. 60), donde los actores involucrados reinterpretan permanentemente los objetivos buscados a través de su accionar. Es decir, que el proceso de la gestión social está signado por dosis de incertidumbre, por la naturaleza del contexto en que se desarrolla.

En tal sentido, cobra importancia la evaluación como instrumento operativo orientado a la reflexión sobre las prácticas, como una acción científica que produce conocimiento y ofrece una retroalimentación continua en los procesos de gestión y de toma de decisiones (Rodríguez, Scavuzzo, Taborda, y Buthet, 2013). La evaluación sería una herramienta necesaria para reflexionar constantemente sobre el proceso de intervención, teniendo en cuenta las orientaciones éticas, teóricas y metodológicas, y lo que sucede en la práctica, en relación al escenario y los/las agentes. Estas características permiten entender a la evaluación como un proceso dialéctico, donde la dimensión teórica y práctica de la intervención se aportan y condicionan mutuamente.

El proceso de evaluación está orientado por el diseño de una estrategia que ordena y sistematiza esta instancia. Para ello, es necesario tener como guía de análisis en la evaluación, los objetivos planteados para el proceso de intervención, que expresan las transformaciones que se quieren desencadenar en la realidad abordada. Como se ha mencionado, estos objetivos se operativizaron a partir de las actividades propuestas, lo cual hace necesario describirlas, fundamentarlas y analizar su desarrollo, para realizar una evaluación que ponga el foco en el proceso de intervención.

El proceso de evaluación se ordenó mediante la definición de variables, indicadores, fuentes de verificación, instancias y actores. A partir de estos elementos, se analizó el curso de

acción tomado en las prácticas, la toma de decisiones y elecciones respecto de cada actividad realizada pretendiendo la transformación de la realidad. Tales instancias intentaron responder en los sentidos que se fueron construyendo y expresando, los cuales se fueron esclareciendo mediante la construcción de los diferentes elementos de la intervención, es decir, del objeto, de los y las agentes de intervención, entre otros.

Las variables para evaluar las actividades realizadas están orientadas por los objetivos del proceso de intervención, en tal sentido se establecieron las siguientes:

- problematización de relaciones y representaciones que generan VO;
- apropiación y reconocimiento de derechos y capitales sociales y culturales por parte de los y las agentes de intervención;
- acceso de las usuarias del CS 67 a información relevante sobre el servicio sanitario de sus instituciones de referencia;
- participación ciudadana.

A continuación, se describirán las actividades principales que componen la estrategia de abordaje, para luego analizar las variables anteriormente definidas, que son las que orientaron la evaluación del proceso de intervención:

***Recolección, procesamiento y construcción de dispositivos de análisis de información a partir de las historias clínicas perinatales de mujeres gestantes, en proceso de parto y puerperio, usuarias de los servicios sanitarios del CS 67.***

Esta actividad fue uno de los primeros acercamientos a la realidad de las mujeres del CS 67. Se accedió a las historias clínicas perinatales a partir de unos registros del personal administrativo (fichas de leche), donde se anotaban los datos básicos de las usuarias que accedían al programa municipal mediante el cual se les entregaba mensualmente dos cajas de leche en polvo. Así se construyó un primer listado con nombre, apellido, dirección y número de historia clínica de las mujeres que entre 2015 y 2016 se encontraban en proceso de embarazo y puerperio.

Con estos datos se construyó un mapa geo-referencial que posibilitó un análisis del acceso a los servicios de salud y de los procesos de salud sexual y reproductiva, teniendo en cuenta los sectores sociales de procedencia de estas mujeres. Entre los datos más significativos que reflejó el mapa es que la mayoría de las mujeres registradas provenían de los barrios 16 de Noviembre y Policial Anexo, mientras que la minoría eran de los asentamientos. Esto llevó a indagar las razones de esta diferencia en el acceso a la salud pública entre las diferentes poblaciones del CS 67 y reflexionar en torno a la incidencia de las condiciones de vida en los

procesos de salud, ya que las mujeres de los asentamientos son las que atraviesan situaciones de extrema vulnerabilidad en una dimensión económica-material como también de tiempo.

Además del mapa geo-referencial, con el primer listado se realizó una búsqueda de las historias clínicas perinatales de cada mujer en el archivo del CS, a partir de las cuales se construyó un archivo en Excel. Allí se registró, organizó y procesó parte de la información de esos registros, siendo un soporte digital para los posteriores procesos de análisis que nutrieron la intervención. El archivo se componía de dos documentos, uno que contenía un listado de las mujeres en proceso de embarazo y recababa datos personales (nombre y apellido, edad, dirección, teléfono y número de historia clínica), datos sociales (nivel educativo, alfabetización, estado civil y etnia) y datos ginecológicos (fecha probable de parto, número de: hijos, abortos, cesáreas y partos vaginales, si el embarazo fue planeado, si fracasó el método anticonceptivo y el/la profesional que le realizó la atención de embarazo). El otro documento contenía un listado de las mujeres en proceso de puerperio y recababa datos personales de la madre y su bebé (nombres y apellidos, número de historia clínica y fecha de nacimiento del hijo/a) y datos del embarazo y parto (número de controles, si la institución donde se llevaban los controles era pública o privada, si el embarazo fue normal o patológico, si el parto fue normal o por cesárea, si el parto fue institucional o no, si la institución en donde aconteció el parto era pública o privada, si el nacimiento fue a término y si se usó fórceps).

Entre los datos más significativos que evidenciaron estos documentos, se puede mencionar que la mayoría de los embarazos no fueron planificados, que cerca de la mitad de las mujeres no usaban regularmente un método anticonceptivo, que, de 19 partos registrados, 14 fueron normales y 5 por cesárea, lo que arroja un porcentaje de 73,68% y 26,31 respectivamente. Si se tomara estas últimas cifras como referencia para analizar la atención de los partos en este espacio particular, puede advertirse que la cantidad de cesáreas es superior al 15%, contrario a lo que recomienda la Organización Mundial de la Salud, que aconseja no sobrepasar tal porcentaje (Spinelli, 2016). El análisis de esta información fue central para conocer cómo se da el acceso a los servicios de salud en los diferentes sectores de la población del CS, cuáles son los rasgos característicos del vínculo espacio poblacional-espacio institucional y cómo se configuran los procesos sexuales y reproductivos en estos sectores. El acercamiento a esta realidad llevó a indagar los fundamentos y sentidos de las agentes que sostienen estas prácticas sanitarias y sexuales y las interpretaciones del equipo sanitario acerca lo que sucede.

En consideración de estos análisis y otros posicionamientos éticos, se apuntó a reforzar las relaciones entre el CS 67 y las organizaciones comunitarias de los asentamientos. Un ejemplo de ello son las diferentes vinculaciones de estas mujeres con el CS, propuestas en diferentes actividades planificadas del proceso de intervención, como la convocatoria realizada de manera

conjunta con las referentes de las organizaciones comunitarias, entre otras actividades que se detallarán más adelante.

Como ya fue mencionado, las observaciones realizadas a partir de estos dos dispositivos de análisis, especialmente los documentos Excel, constituyen un acercamiento a las expresiones de los procesos de salud sexual y reproductiva y de la configuración de la VO en el escenario de abordaje. Esto condujo a una problematización y aclaración de los conceptos y del entendimiento teórico de la problemática, que hizo necesaria una lectura de la VO desde dimensiones ético-políticas, para poner de relieve sus expresiones en el espacio de intervención y nombrar aspectos que no se estaban visibilizando. Ello permitió la construcción de conceptos amplios, capaces de cuestionar una visión equivocada y reductora de la VO, que la sitúa exclusivamente al momento del parto. Dicha construcción conceptual contribuyó a definir el proceso de intervención y esclarecer el rol del trabajo social en el abordaje de la VO, situado en el primer nivel de atención.

Lo descrito en el párrafo anterior esclareció los aspectos metodológicos del proceso, determinando y fundamentando las decisiones en el diseño de la estrategia de intervención. En tal sentido, se apuntó a la planificación de actividades que pusieran de relieve la necesidad, importancia y potencialidades del abordaje de la VO en el primer nivel de atención, la visibilización de los actos constitutivos de la problemática en todas las instancias de atención de salud pública de los procesos sexuales y reproductivos, en el rol educador y promotor del equipo sanitario en cuanto a los derechos de los/las usuarios/as del servicio de salud, particularmente de los sexuales y reproductivos. Estas actividades intentaron poner el foco en la función social de las instituciones públicas y en la importancia de la participación comunitaria en el abordaje de los problemas sanitarios, advirtiendo que las instituciones situadas en el territorio comunitario, como el CS 67, son cruciales para la configuración de ciudadanos que, a partir de su participación en el espacio público, son capaces de demandar por sus derechos en el marco de un Estado democrático.

La actualización de los dos documentos Excel fue una tarea permanente a lo largo del proceso de intervención y la información obtenida de ellos fue necesaria para la ejecución de otras actividades. De estos registros se relevaron los nombres y domicilios de las mujeres para la realización de las convocatorias a los talleres, mientras que los datos ginecológicos, del embarazo y el parto fueron procesados para la construcción de tablas de frecuencia y gráficos, que se presentaron y analizaron en una reunión con el equipo sanitario.

Los análisis realizados en esta instancia de la intervención responden de manera incipiente a las primeras variables del proceso de evaluación, configurando un conocimiento diagnóstico de la problemática en este escenario particular. Entender que los procesos de salud sexual y reproductiva y de la problemática de VO están estructurados a partir de condiciones

objetivas y subjetivas, que se expresan en el primer nivel de atención sanitaria, hace necesaria la tarea de desentrañar ambas dimensiones para el desarrollo del proceso de intervención. En tal sentido, respecto de lo subjetivo, los datos obtenidos en este primer acercamiento, permiten pensar en relaciones y representaciones que sostienen unas prácticas sanitarias y sexuales incompatibles con la autonomía y el ejercicio de derechos que garantizan la vida saludable de las mujeres. Ello, a su vez es inconsistente para un proceso de apropiación y reconocimiento de derechos y capitales por parte de las agentes, y para el ejercicio de una ciudadanía participativa. Estas aproximaciones responden al conocimiento diagnóstico de las variables planteadas en el proceso de evaluación y condujeron a nuevas indagaciones para profundizar su entendimiento, las cuales se pretendieron abordar en actividades posteriores, como los talleres para las mujeres, las entrevistas a mujeres en proceso de puerperio, la reunión con el equipo sanitario y entrevistas a algunos/as profesionales del CS 67.

***Planificación, convocatoria, ejecución y evaluación de los talleres Cambio de luna, (de marzo a junio) y Encuentros entre costuras (de agosto a noviembre), previstos para la participación de las mujeres usuarias del CS 67, en proceso de embarazo y puerperio.***

Los dos talleres fueron propuestos para la participación de mujeres gestantes y puérperas, como espacios colectivos para el abordaje de aspectos importantes de sus procesos sexuales y reproductivos, donde las mujeres pudieran encontrarse con otras en un espacio público, con el interés de satisfacer sus necesidades en relación a sus derechos sexuales y reproductivos. Cabe aclarar, que lo considerado importante de abordar a lo largo de la intervención, no fue definido de una vez y para siempre, sino que se fue construyendo durante el proceso, lo cual se podrá advertir en el análisis que se desarrollará a continuación.

*El taller “Cambio de luna”*

Estas actividades se llevaron a cabo durante la primera mitad del año 2016, desde marzo a junio y fueron un intento por dar continuidad a una actividad de la práctica preprofesional del año 2015, llevada a cabo en el CS 67 por un grupo de estudiantes de trabajo social. Tal grupo, implementó talleres para mujeres gestantes, como parte de su estrategia de intervención en el abordaje de la temática de parto respetado. Ambos procesos de intervención, el de 2015 y el de 2016 (que sustenta este trabajo), se enmarcan en las prácticas académicas del quinto nivel de la carrera de trabajo social y en el programa “Mujeres, diversidad sexual, salud y derechos”, de la Secretaría de extensión de la Universidad Nacional de Córdoba. Mediante tal programa, la Facultad de Ciencias Sociales y la Facultad de Filosofía y Humanidades, trabajan de manera conjunta en el proyecto denominado “Mujeres empoderadas-haciendo camino para un parto

respetado-”, articulando así estas prácticas académicas al programa de extensión universitaria. Estas particularidades, plantearon a este proceso de intervención el desafío de ensamblar y establecer continuidad con las prácticas pre-profesionales del año 2015 y con el proyecto de extensión universitaria.

Con el fin de lograr esa continuidad, se llevaron a cabo durante febrero y marzo del año 2016 dos reuniones con las estudiantes y referentes de la práctica anterior, para puntualizar cuestiones importantes de su proceso de intervención. En tales instancias se describieron y analizaron las principales actividades que conformaron la estrategia, los logros, las dificultades y lo que quedó pendiente en ese proceso.

En cuanto a las actividades, las estudiantes realizaron talleres quincenales, a los que generalmente asistían 2 o 3 mujeres, se llevaban a cabo en la sala de espera del CS 67 en el horario de la tarde, cuando el establecimiento estaba cerrado para la atención sanitaria en general. Los talleres estaban estructurados en dos momentos, el primero se basaba en información y reflexión común sobre el embarazo entre quienes participaban: mujeres, profesionales (una enfermera y un médico) y estudiantes. En cuanto al contenido abordado en estas actividades, se tomaba como referencia el manual de la Preparación Integral para la Maternidad<sup>65</sup>. Además, durante este primer momento se compartía una merienda saludable (mate, infusiones, bizcochuelo, etc.). El segundo momento consistía en una actividad física, donde las mujeres gestantes realizaban ejercicios de yoga específicos para el embarazo, coordinados por una instructora. Este servicio de preparación física y los otros insumos necesarios para la realización de las actividades del taller (como las meriendas, fotocopias, etcétera), eran solventados mediante el presupuesto del proyecto de extensión universitaria.

En cuanto a los logros del proceso de prácticas del año 2015, en la instancia de evaluación fue señalado que se pudo instalar en el CS 67 el abordaje del parto desde una perspectiva de derecho. Y en relación a las dificultades y los aspectos que quedaron pendientes, se identificaron los siguientes puntos:

- Establecer estrategias para lograr mayor participación de las usuarias del CS en los talleres. La asistencia de las mujeres a esos espacios no era la esperada por las estudiantes, ya que la cantidad de participantes por encuentro era escasa en relación con la cantidad de mujeres embarazadas que se atendían en el CS. Se entendía que esta ausencia se debía a que la mayoría de las gestantes eran multíparas, presentándoseles dificultades a las mujeres para dejar a sus hijos/as al cuidado de otra persona y poder asistir a los talleres. Ante esta situación, las estudiantes pensaron en la posibilidad de incluir a niños y niñas, ya sea en actividades junto a sus madres o en espacios diferenciados.

---

65 En adelante se hará referencia a Preparación Integral para la Maternidad con la sigla PIM.

- Realizar visitas a mujeres en proceso de puerperio, lo cual tenía que ver con dos puntos. Por un lado, abrir espacios para que las mujeres pudieran relatar sus experiencias de parto y puerperio, y a su vez, registrar estas instancias, que servirían para pensar y/o evaluar los talleres y el proceso de intervención. Por otro lado, se pretendían promover en estos espacios los cuidados ginecológicos, lo cual se fundamentaba en una evaluación que hacía el equipo de salud acerca de que la mayoría de las mujeres no volvían a las consultas ginecológicas recomendadas después del parto.
- Proponer actividades que promuevan la vinculación entre mujeres en proceso de embarazo, parto y puerperio con mujeres no gestantes ni puérperas, buscando enriquecer el espacio y el proceso de intervención con el encuentro de todas las mujeres.
- Buscar otro espacio para desarrollar el taller. Esto se consideraba necesario porque el espacio donde se llevaba a cabo era interrumpido constantemente, lo cual hacía de la sala de espera del CS un lugar poco propicio para la comodidad de las mujeres y el desarrollo óptimo de las actividades del taller.
- Proponer actividades que vinculen al CS 67 con el HMNRC para fortalecer el trabajo articulado entre ambas instituciones y mejorar el servicio sanitario.
- Se señaló la disponibilidad de recursos que podían ser gestionados para las actividades de la práctica, en el marco del presupuesto del proyecto de extensión de la Universidad Nacional de Córdoba. En tal sentido se recomendó su aprovechamiento, sugiriendo, por ejemplo, la disponibilidad de presupuesto para colchonetas y de un colectivo para movilizar a las mujeres que quisieran conocer la sala de parto del HMNRC.

Los señalamientos anteriores, visualizados como puntos de continuidad por las estudiantes y referentes de la práctica del año 2015, fueron registrados como información diagnóstica del proceso de abordaje que estaba iniciando en 2016 y se tuvieron en cuenta en el diseño de la estrategia de intervención.

Lo primera continuidad que se pudo advertir con respecto al grupo de prácticas anterior, es que se compartía una perspectiva de derechos. El proceso de intervención que sustenta este escrito, pretendió abordar los procesos de salud sexual y reproductiva de las mujeres desde una perspectiva de género, de salud integral, de derechos y de respeto y recuperación de la diversidad cultural y social de las agentes de intervención.

Una segunda continuidad consistió en el sostenimiento de los talleres como actividad propuesta para la participación colectiva de las mujeres gestantes y puérperas. En tal sentido se mantuvo el taller, respetando la estructuración del desarrollo en dos momentos, uno de charla y reflexión y otro de actividad física (yoga para gestantes). Los recursos utilizados en esta actividad, tal como sucedió en el 2015, estuvieron solventados mediante el presupuesto del

proyecto de extensión “Por un embarazo, parto y posparto respetado”. En relación al espacio adecuado para llevar a cabo los talleres, se tomó en consideración la evaluación del equipo de prácticas del 2015, respecto de las incomodidades que se presentaban al desarrollo de las actividades en la sala de espera del CS. En razón de ello, se gestionó con la escuela R. Favaloro un espacio de ese establecimiento para poder desarrollar la actividad. Así, se consiguió el aula de arte, que además de ser el lugar donde se llevaban a cabo los talleres Cambio de Luna, también se realizaban las reuniones semanales de planificación y evaluación.

Lo que se modificó, con respecto a la práctica anterior, fue el enfoque de los talleres. En tal sentido, las temáticas abordadas fueron problematizadas, por lo que variaron los contenidos y las dinámicas a lo largo del proceso de intervención. En primer lugar, esto respondía a una visión crítica con respecto al manual de la PIM, que era el material de referencia teórica de los talleres del año 2015. El contenido educativo de este manual aborda principalmente los aspectos biológicos del embarazo y, aunque plantea la intención de promover un rol protagónico de la mujer en sus procesos de parto, no aporta herramientas significativas que le permitan posicionarse de una manera no subalterna en la relación de atención sanitaria de sus procesos sexuales y reproductivos.

El manual de la PIM se presenta como una herramienta disponible para ser implementada por equipos profesionales en el primer nivel de atención, sin embargo, hay cuestiones características e importantes de la estrategia de APS que están ausentes en el manual. Un ejemplo de ello, es que no se hace referencia a los derechos sexuales y reproductivos, lo cual es contraproducente con la intención de que la población usuaria tenga una participación ciudadana activa en los procesos de salud, que demande al Estado en el marco de la democracia. Cabe remarcar que el reconocimiento de estos derechos es una de las primeras condiciones para poder exigir una atención sanitaria de calidad a través de la participación ciudadana. Las leyes que resguardan los derechos son las reglas de juego que estipulan el tipo de servicio sanitario que los efectores de salud deben prestar, y son el argumento legal para reclamos y denuncias ante situaciones de vulneración. Además, son estas leyes las que reconocen y promueven el protagonismo y la autonomía de las mujeres para decidir sobre sus propios procesos de salud.

El reconocimiento de los derechos es necesario no sólo para los usuarios y las usuarias del sistema de salud, sino también para los equipos sanitarios que, al conformar una institución en el marco de un Estado democrático, deben prestar servicios estructurando u organizando su proceso de trabajo acorde al marco jurídico vigente, explicitado en las políticas públicas, que garantizan los derechos sociales y sustentan la misión y existencia de tales instituciones. Esto implica que el ejercicio pleno, la defensa y lucha por los derechos, es decir, el ejercicio de la ciudadanía, es una tarea que debe ser promovida y acompañada por los equipos sanitarios del

sistema de salud. Lo que se está afirmando cobra mayor sentido si se entiende a la salud como un proceso integral, condicionado por aspectos económicos, sociales y culturales, y como una capacidad de lucha, lo que da cuenta del proceso conflictivo que protagonizan las y los agentes para satisfacer sus necesidades de salud y la reproducción de su existencia, y para que tales procesos sean reconocidos como derechos y garantizados por el Estado.

Sumado a lo anterior, se considera que abordar los procesos sexuales y reproductivos privilegiando lo biológico, posiciona en superioridad un tipo de saber y reduce la importancia de otros aspectos, determinantes de la salud, restringiendo así las posibilidades de intervención en la problemática y, por lo tanto, la transformación de la realidad. Son estas razones las que motivaron no referenciar los momentos de reflexión del taller exclusivamente en el manual de la PIM, e ir construyendo otras perspectivas para el proceso de intervención. En tal sentido, se pudo acordar que, para trabajar sobre el parto respetado y los procesos sexuales y reproductivos desde el sistema público de salud, no basta con explicar aspectos biológicos, sino que es esencial hablar de derechos, de relaciones y representaciones, que promueven o que ponen en peligro el reconocimiento y respeto de la salud integral y los derechos de las mujeres. Hablar de sexualidad y reproducción como derechos implica entender la salud desde enfoques integrales, requiere comprender a las mujeres como ciudadanas, promoviendo su autonomía y participación, lo cual desarticula las imágenes que la han construido como sujeto pasivo o ignorante.

En consecuencia, los talleres Cambio de Luna proponían abordar la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva integral, para lo cual fue necesario hacer referencia a los aspectos sociales, culturales y emocionales de estos procesos. En tal sentido, se trataron algunos temas propuestos en el manual de la PIM, pero se intentó abordarlos desde el reconocimiento de los saberes populares y desde los significantes que las participantes asignaban a sus procesos sexuales y reproductivos. Para ese fin, se plantearon actividades para abordar las relaciones y representaciones en relación a la salud sexual y reproductiva, aspirando al reconocimiento de los derechos y capitales por parte de las agentes y a una de-construcción de lógicas de desigualdad que pudieran condicionar la atención sanitaria. El tratamiento de tales cuestiones fue considerado imprescindible para contribuir a que las mujeres puedan vivenciar sus procesos vitales con autonomía, como protagonista y de forma saludable. En cuanto al abordaje de los aspectos biológicos, se tomó como referencia el contenido del manual y se continuó con la gimnasia de yoga para mujeres gestantes. Las temáticas abordadas en cada taller Cambio de luna fueron:

- Reconocimiento de los saberes populares, desigualdad de poder entre los saberes populares y los saberes científicos, desigualdad entre usuarias/os y profesionales en el contexto de la atención sanitaria. Conocimiento científico y popular de los órganos

genitales femeninos y masculinos. Mención de algunos derechos de la ley de Parto respetado.

- Alimentación saludable. Información y recomendaciones a partir de la imagen del “plato saludable”. Saberes y prácticas populares para aliviar los malestares del embarazo (alimentos, infusiones, ejercicios, etc.).
- El ciclo menstrual: conocimientos populares, aspectos fisiológicos y cuestionamiento de sus representaciones sociales negativas.
- Trimestres del embarazo: aspectos emocionales del proceso biológico. Características físicas de cada trimestre (enfermedades, tratamientos, atención sanitaria, cuidados). Ley de Parto Humanizado (presentación a través de imágenes y diálogo). Situaciones de VO en la atención sanitaria durante el embarazo, el parto y el posparto.

Con respecto a la convocatoria para los talleres Cambio de luna y los Encuentros entre costuras, en su planificación se tuvo en cuenta la evaluación de la práctica del año 2015, donde se había remarcado la importancia de generar vínculos con las y los agentes en los procesos de intervención, y de la presencia necesaria en los espacios de abordaje, la cual debía respetar las horas mínimas semanales estipuladas en el acuerdo de práctica. Teniendo en cuenta esto, se optó por invitar a los talleres, visitando casa por casa a las mujeres registradas en el primer listado. A partir de esta actividad se recorrieron, durante todo el proceso de práctica, los diferentes barrios y asentamientos que componían el área programática del CS 67. Además, se tuvo la posibilidad de entablar un contacto cercano con las mujeres, con la intención de establecer vínculos que permitieran sostener la intervención.

Cabe aclarar que hubo una discusión en el equipo de trabajo, con respecto a quienes estaría destinado el taller Cambio de luna y, en consecuencia, a quienes se debía invitar. La cuestión se planteó como un dilema: realizar una actividad exclusivamente para mujeres, permitiendo la presencia de las mujeres gestantes y acompañantes femeninas, o realizar una actividad para mujeres gestantes y acompañantes, contemplando la presencia de varones en este rol. La primera idea se fundamentaba en que la presencia masculina condiciona los discursos y las expresiones que pueden surgir en el encuentro colectivo, argumentando además que, en general, el espacio público está dominado por la presencia y la lógica masculina y/o androcéntrica. Bajo esta perspectiva, era necesario construir espacios exclusivos para mujeres, donde puedan encontrarse con otras en el ámbito público. De lo contrario, habría temas que no podrían hablarse, y si se hablaran, habría expresiones o puntos de vista que no podrían darse.

La segunda idea se fundamentaba en que realizar una actividad relacionada a la maternidad, planteando la presencia exclusiva de mujeres, podría ser también una forma de reproducir o aportar al mandato patriarcal, que define todo lo relacionado a la reproducción

sexual como una actividad que compete exclusivamente a las mujeres. Un ejemplo de esto, es el término “maternidad”, con el que se designa a la institución sanitaria donde se atienden los nacimientos. Aunque este proceso de reproducción implique a diferentes personas del núcleo familiar y afectivo de las mujeres gestantes, no es casual que, en una cultura patriarcal, se lo nombre con una palabra que designa una práctica femenina. Además, en el caso de que las mujeres gestantes quisieran estar acompañadas por varones, el realizar una actividad que lo impida, podría estar obstaculizando las estrategias de vida y el bienestar de la mujer y su familia. Al mismo tiempo, se estarían desalentando prácticas que contradicen el mandato patriarcal. La instructora de yoga aportó también, que había ejercicios que podían ser realizados por acompañantes, para mejorar su colaboración al momento del parto. En el caso de las mujeres que planeaban estar acompañadas durante el nacimiento por varones, estarían en desventaja si no se les permitiera la preparación de sus acompañantes en los talleres. Bajo esta perspectiva, es necesario crear espacios que no reproduzcan mandatos patriarcales, donde se promueva y respete la vinculación y el acompañamiento de las mujeres, por personas de cualquier género, en la atención de sus procesos sanitarios, especialmente en los momentos en que sea vulnerable a situaciones de violencia. Espacios inclusivos y diversos, donde se puedan expresar y construir de forma colectiva relaciones igualitarias y respetuosas entre las personas.

Finalmente, se decidió invitar a las mujeres, dejando abierta la posibilidad de asistir en compañía de alguna/s persona/s de su preferencia, cualquiera sea el género, en tanto, las actividades de los talleres se centraron en las mujeres, en su autonomía y protagonismo. El debate del párrafo anterior enriqueció la perspectiva de género del proceso de intervención y dejó planteada la complejidad que entraña todo proceso de abordaje. En tales instancias, la argumentación y la reflexión colectiva en el campo, son necesarias para encontrar mediaciones que permitan construir caminos posibles de la intervención, en la compleja trama que configura los espacios.

Otro aspecto tenido en cuenta en la realización de las convocatorias fue el capital social de las referentes de las organizaciones comunitarias. En tal sentido, las invitaciones a los talleres también fueron realizadas por algunas mujeres de los asentamientos, para así poder aprovechar sus vínculos con otras personas, con las que habitualmente se relacionan. Esto se pudo llevar a cabo mediante visitas de las estudiantes, acompañadas por la enfermera y/o la trabajadora social, a referentes territoriales de 12 de Julio y de la Cooperativa Nueva Esperanza, donde se acordaban los días y horarios de las actividades que se pretendían difundir.

Por último, cabe aclarar que ambos tipos de convocatorias se utilizaron para la realización de los talleres Cambio de luna y Encuentro entre costuras, pero también para otras

actividades destinadas a la participación de las mujeres del CS 67, como las de la Semana del parto respetado y las de la jornada del Día de la no violencia hacia las mujeres.

Para la ejecución de estas actividades fueron imprescindibles las herramientas de planificación y evaluación, en tal sentido, se conformó un equipo de trabajo que se encargó de todas las actividades necesarias para el desarrollo de los talleres. El mismo estuvo compuesto por una enfermera, un médico, una trabajadora social, una estudiante de trabajo social de la Universidad Complutense de Madrid, quien participó hasta junio de 2016 del proceso de intervención en el marco de un intercambio universitario, una estudiante avanzada de antropología, quien articulaba sus prácticas en el CS 67 a un proyecto enmarcado en el programa Beca para Innovación Tecnológica Socio-Productiva (BITS), y tres estudiantes de quinto año de trabajo social, una de las cuales participó de las prácticas de intervención hasta mediados de mayo de 2016.

La composición del equipo de trabajo, en cuanto a la cantidad de estudiantes, condicionó las actividades que se podían sostener durante todo el proceso de intervención, debido a que la estudiante de intercambio participaría del abordaje hasta fines de junio y otra de las estudiantes no podía asegurar su permanencia en la práctica por cuestiones académicas. Esta situación llevó a decidir que los talleres se realizarían cada 15 días en la escuela Favaloro, contrario a lo que proponía la trabajadora social del CS 67, referente de esta práctica, quien planteaba que la actividad fuera realizada semanalmente, en la escuela y en los asentamientos, de manera intercalada. La propuesta de la referente se fundamentaba en que era necesario acercar los servicios de salud a las mujeres de los asentamientos, a quienes se les presentaban diferentes dificultades para acceder a ellos. Aunque el grupo de estudiantes compartía tal fundamento, las condicionalidades antes mencionada, impedían asumir el compromiso de sostener la realización semanal de los talleres durante todo el proceso de intervención.

El equipo de trabajo se reunía en un aula de la escuela Favaloro una vez a la semana para planificar y evaluar los talleres y otras actividades del proceso de intervención. En dicho espacio, se debatían ideas sobre los posicionamientos respecto a la VO, las estrategias y las formas de llevarlas a cabo. Además, se evaluaba el impacto de las actividades en las usuarias y en el equipo sanitario del CS 67. Estas particularidades de la práctica, revelan el trabajo colectivo de este proceso de intervención, lo cual ha aportado a un aprendizaje del trabajo interdisciplinario en el campo sanitario.

En el proceso de intervención hubo diferentes instancias de evaluación, una es la que se dio en el equipo de trabajo de los talleres, que mencionamos en el párrafo anterior, otra se constituyó entre las estudiantes de trabajo social, y otra, entre la profesora de la materia Práctica

Preprofesional y las estudiantes de trabajo social, responsables de la práctica de intervención. Todas estas instancias fueron enriquecedoras y orientadoras del proceso.

Con respecto a las variables de evaluación definidas anteriormente, en cuanto a la problematización de relaciones y representaciones que generan VO, se considera que a partir de las temáticas abordadas, los talleres Cambio de luna intentaron ser un espacio para visibilizar las asimetrías en las relaciones sanitarias, que se fundan en una valoración desigual de los diversos conocimientos y saberes, que justifican las decisiones de profesionales y la población usuaria respecto de la salud de estas últimas. Sin embargo, la presencia mayoritaria del equipo coordinador de los talleres, en comparación con la cantidad de participantes usuarias, quizá haya generado un condicionamiento para que las mujeres pudieran expresar abiertamente críticas a esas relaciones y representaciones desiguales, aunque lo hayan reconocido y problematizado en las actividades propuestas (cabe remarcar que el equipo coordinador también estaba conformado por dos profesionales del CS, lo que también pudo haber condicionado la expresión). Aunque esto pudo haber sucedido, las mujeres expresaron críticas a las representaciones sociales negativas sobre algunos procesos sexuales femeninos, como la menstruación.

En cuanto a la apropiación y reconocimiento de capitales sociales y culturales, en el desarrollo de los talleres Cambio de Luna, las participantes han reconocido y mencionado algunos saberes y prácticas populares, como formas válidas de atención de los procesos de salud. En cuanto a la apropiación y reconocimiento de derechos, se abordaron especialmente, pero de manera integral, los que están reconocidos en la ley de Parto respetado, la ley de Salud sexual y procreación responsable y la ley de Contracepción quirúrgica. A partir del tratamiento de estas leyes en los talleres, se ha difundido información relevante sobre los servicios sanitarios que ofrecen el CS y el HMNRC para hacer efectivos estos derechos. Así también, las mujeres relataron los obstáculos que se les presentaban en el HMNRC para acceder a algunos de ellos, tales como el acceso a las prácticas de contracepción quirúrgica y la posibilidad de estar acompañadas durante el proceso de parto, o en el parto, entre otros.

Para evaluar la participación ciudadana, un indicador importante es la asistencia de las mujeres a los talleres. Este fue un aspecto que no se logró mejorar con respecto al año 2015, a pesar de los esfuerzos puestos en las convocatorias. Considerando la cantidad de mujeres en proceso de embarazo y puerperio (según los registros realizados eran 123 en total), se puede decir que la asistencia a los talleres Cambio de luna fue escasa, ya que generalmente eran tres o cuatro las mujeres que asistían. A pesar de esto, las mujeres que asistían participaron de todas las actividades propuestas, se expresaron en respuesta a las consignas y dieron cuenta de sus experiencias a partir de sus propios discursos y mediante diálogos fluidos sobre las temáticas propuestas.

La evaluación de estas variables resultó clave, ya que fundamentó las decisiones que se tomaron respecto a las posteriores actividades que conformaron el proceso de intervención. El hecho de que las mujeres no accedan a los talleres Cambio de luna, como espacio colectivo para hablar sobre procesos sexuales, tales como el embarazo, el parto, entre otros, condujo a cuestionar algunas actividades de la estrategia de intervención. Así, surgieron algunos planteos, buscando entender estos primeros resultados.

Uno de esos planteos entendía que quizá, las temáticas y actividades propuestas en los talleres, respondían a una demanda o práctica de mujeres de otros sectores sociales, en vez de responder a las necesidades e intereses de las usuarias del CS 67. Esto llevó a interrogar acerca de los intereses de las mujeres de este sector social, buscando que las actividades de la estrategia de intervención reconocieran y respondieran a ellos. Como respuestas incipientes a este interrogante surgieron otros planteos, que entendían que quizá, las mujeres estaban interesadas en la preparación física, ya que era la actividad que más recordaban. También, se planteaba que quizás les interesaba la información sobre los aspectos fisiológicos de sus procesos, ya que cuando se les pidió a las participantes que propusieran temas para los talleres, una de ellas preguntó si se hablaría más directamente “del parto y el bebé”. Estas respuestas, a su vez, llevaron a problematizar los intereses y subjetividades que se iban encontrando, entendiendo que también podían ser expresiones de las desigualdades del campo sanitario y del modelo médico hegemónico internalizado por las mujeres. El interés de abordar aspectos biológicos del parto y su bebé también puede responder a una estrategia de las agentes para estar discursivamente en mejor posición en el campo de salud, donde lo biológico es el conocimiento dominante.

Otro planteo, que intentaba entender la ausencia de las mujeres en los talleres, sostenía que quizá, las mujeres no podían, o no querían acceder a otros servicios sanitarios, aparte de la atención ginecológica del embarazo. Esto se evidenciaba en que la mayoría de las mujeres no accedían a algunos servicios que ofrece el CS 67, como los métodos anticonceptivos o la atención ginecológica periódica, lo cual puede relacionarse, además, con la prevalencia de embarazos no planificados en esta población usuaria. Esto motivó a interrogar el porqué de tales realidades y ensayar posibles explicaciones, entre ellas, se consideraron las dimensiones culturales, económicas y sociales que determinan los procesos de salud de las mujeres residentes de las zonas más vulnerables del área programática del CS 67, quienes son las que menos acceden al servicio de salud sexual.

La ausencia de las mujeres en los talleres también se puede explicar en las representaciones, las lógicas y los condicionamientos del modelo médico hegemónico en los sistemas sanitarios. Estos condicionamientos configuran diferentes situaciones de violencia, como la institucional y la obstétrica, que desalientan a las mujeres a acceder a los servicios

sanitarios para atender su salud sexual y reproductiva. Esto, a su vez, condujo a interrogar qué evaluación hacían las usuarias del CS 67 respecto de la atención sanitaria a la que acceden y cómo evaluaba el equipo sanitario las ausencias, el no acceso de las mujeres a los servicios que garantizan sus derechos de salud sexual y reproductiva.

El planteo de estos interrogantes y las explicaciones incipientes que surgieron a partir de ellos, señalaron nuevas orientaciones en las actividades de la estrategia de intervención y condujeron a modificaciones respecto de cómo se las había pensado en un principio. Una de las decisiones más importantes fue el cambio en las actividades propuestas para la participación de las mujeres gestantes y en puerperio. En consecuencia, en vez de los talleres Cambio de luna, se optó por proponer los Encuentros entre costuras. Esta decisión estuvo fundada, además, en que la instructora de yoga ya no podía prestar su servicio en los talleres, debido a incompatibilidad horaria con otras obligaciones laborales que le surgieron en junio de 2016.

#### *Encuentros “entre costuras”*

De manera conjunta con el equipo de trabajo, se modificó el formato de los talleres “Cambio de luna”, debido a la poca concurrencia de las mujeres, reflejada en las inasistencias. Por esta razón, durante el mes de julio se realizaron reuniones para definir y planificar las ideas y propuestas que surgían, para hacer más convocantes los talleres. Se decidió iniciar en agosto los encuentros “Entre costuras”.

La idea de este espacio era propiciar un encuentro entre mujeres que transcurren su embarazo y puerperio, con el objetivo general de fortalecer la autonomía y la participación activa en los procesos de salud sexual, reproductiva y no reproductiva, contemplados en diversas leyes. Los objetivos específicos consistían en promover la identificación de derechos del embarazo, el parto y el puerperio a partir de la difusión de la 25.929; promover la dilucidación de situaciones de VO en sus propias experiencias, o situaciones acontecidas en su entorno familiar y/o social; promover el autoconocimiento del cuerpo y sus procesos, a partir de sus propias experiencias, conocimientos y subjetividades.

La actividad convocante para lograr la presencia de las mujeres en este espacio era la confección de accesorios infantiles, realizados a través de la costura a mano, con materiales provistos mediante el proyecto de extensión, que también enmarcaba la práctica preprofesional. La elección de esta actividad manual, se fundamentaba en sugerencias de la trabajadora social del CS y de la trabajadora social referente del proyecto de extensión. Fueron estas profesionales, desde sus experiencias y conocimientos sobre los saberes y capitales culturales del sector social, quienes aportaron la idea.

Estos encuentros fueron programados para que coincidieran con los días de atención del embarazo, teniendo en cuenta las necesidades de tiempo de las mujeres, es por eso que se llevaban a cabo en un consultorio del CS, mientras las mujeres esperaban ser atendidas o después de la atención. En dichos encuentros se compartían experiencias e historias de vida, con la intención de que las mujeres tomen la palabra, siendo ellas las protagonistas del espacio. Paralelamente, confeccionaban accesorios para sus futuros/as hijos/as (baberos, babitas, cambiadores, etc.) y compartían una merienda. De esta manera, regresaban a sus casas con algo material realizado con sus propias manos, a lo que seguramente le iban a dar mucha utilidad.

La planificación y evaluación de esta actividad, se llevaba a cabo en una reunión semanal, realizada por el equipo de trabajo de los talleres de práctica en el CS. La convocatoria fue realizada a través de invitaciones puerta a puerta, con afiches alrededor del CS y folletería en instituciones del barrio frecuentadas por las mujeres.

En este segundo momento del proceso de práctica, se observó un cambio en la participación, que consistió en una mayor continuidad en la asistencia a los talleres, en el dialogo fluido sobre las temáticas planteadas, una mayor circulación y uso de la palabra por parte de las mujeres. Ellas relataron sus experiencias de embarazo y parto, reconociendo situaciones de vulneración y violencias de sus derechos en la atención sanitaria del HMNRC, como, por ejemplo, los obstáculos para estar acompañadas durante su proceso de parto y para acceder a la ligadura tubaria, como también, diferentes situaciones de violencia y mala atención de sus procesos de preparto, parto y posparto. Esto da cuenta de que las mujeres han realizado una problematización de relaciones y representaciones que generan desigualdad de género, una apropiación y reconocimiento de derechos y capitales culturales y sociales, todo ello, en referencia a la atención sanitaria de sus procesos sexuales y reproductivos en el HMNRC.

Con respecto al análisis de estas variables en la atención del CS 67, cabe aclarar que los encuentros fueron coordinados por las estudiantes, a diferencia de los talleres Cambio de luna, donde todo el equipo de trabajo era el que conducía la actividad. La cantidad mínima en cuanto a la presencia del equipo de trabajo en los encuentros quizá haya condicionado menos la participación de las mujeres, sin embargo, el hecho de que se hayan realizado en el mismo CS 67, quizá haya condicionado la reflexión o la exposición de sus críticas acerca del efector de salud más cercano, y a veces el único, al que pueden recurrir.

Por último, es necesario remarcar que el trabajo de APS en la atención de los procesos de salud sexual y reproductiva, entre ellos el embarazo, requiere de dispositivos interdisciplinarios e intersectoriales que aborden de manera integral los aspectos culturales, sociales, económicos, psicológicos y biológicos. En este sentido, es importante reforzar los espacios colectivos de y

para mujeres, que promueva la participación de las mujeres y posibiliten pensar otros modos de acompañamiento de los “controles” de embarazo.

***Difusión de la Ley de Parto respetado a partir de la exposición de cartelera con imágenes y derechos en la sala de esperar del CS N67.***

Esta actividad consistió en pegar varios carteles de tamaño A4 en la sala de espera del CS 67. Cada uno contenía algún derecho expresado en la ley de Parto respetado, acompañado de una imagen alusiva a color. Para evaluar el impacto de la actividad, se realizaron observaciones a los carteles, prestando atención a algún tipo de sobrescrito, rotura o ausencia de los mismos. Esta manera de evaluar surgió a partir de los relatos de la trabajadora social del HMNRC, quien manifestó que, en dicho establecimiento, algunas carteleras que difundían actividades para mujeres o hacían referencia a los derechos de la ley de Parto respetado eran sobrescritas o destruidas. Esto no sucedió con la cartelera expuesta en el CS 67, que permaneció en la sala de espera, tal cual fue colocada.

A partir de la difusión de los derechos del parto, de la normativa que los reconoce legalmente y de las implicancias de esto para la atención sanitaria, se está aportando al reconocimiento y apropiación de los derechos sexuales. Estos derechos fundamentan y promueven el protagonismo de las mujeres en proceso de embarazo, parto y puerperio, por lo cual, se espera que su reconocimiento aporte a la problematización de las representaciones y relaciones asimétricas que se expresan en las relaciones sanitarias. Además, la conformación de una subjetividad femenina como protagonistas para abordar los procesos de salud sexual, se fundamenta en políticas que reconocen y promueven la autonomía y la participación ciudadana. En este sentido, en tanto las agentes tomen un rol activo en la relación sanitaria, reconozcan, se apropien de sus derechos, y luchen por su garantía de manera colectiva, organizada o individualmente, se estarán expresando en el espacio social, en el marco de la ampliación de ciudadanía.

Lo que se está describiendo es el planteo ideal de un proceso indeterminado, pero que puede tener mayor viabilidad en los espacios institucionales, si las prácticas sanitarias se fundamentan en un enfoque de derechos y la población usuaria tiene un acceso integral a otros derechos. En tal sentido, difundir un derecho no es pegar una cartelera que los proclame, sino, que es traducirlo en prácticas concretas, en las relaciones sanitarias, para luego reafirmarlos y exponerlos como modelo a seguir, a través de diferentes soportes materiales.

Teniendo en cuenta lo anterior, para considerar lo que sucedía en el HMNRC, se puede decir que la cartelera fue un disparador para la expresión y problematización de los posicionamientos de quienes integran los equipos sanitarios. En cuanto al equipo sanitario del

CS 67, este no expresó su posicionamiento a partir de la cartelería, sino en las reuniones con el grupo de estudiantes de prácticas.

***Organización y participación de actividades por la semana del Parto respetado, en cogestión con el grupo “Mujeres por un parto respetado de Córdoba”, las organizaciones sociales de 12 de julio y Nueva Esperanza y el CS 67.***

Con motivo de la Semana mundial del parto respetado, cuyo lema fue “Mi cuerpo, mi decisión, mi bebé”, la Facultad de filosofía y humanidades, junto a la Escuela de trabajo social de la Facultad de ciencias sociales y el Colectivo de mujeres por un parto respetado de Córdoba organizaron conjuntamente diversas actividades gratuitas y públicas, para reflexionar en torno a la importancia del parto respetado. En ese marco se realizó una charla-debate a partir de la proyección del video “Otros caminos para dar a luz”, que documentaba un parto respetuoso de los derechos de la mujer y su bebé, realizado en una maternidad de la ciudad de San Miguel de Tucumán.

La actividad estaba destinada a la población del CS 67 en general, especialmente a mujeres en proceso de embarazo y puerperio. Lo que se pretendía era la discusión acerca de las formas de atención sanitaria que constituyen VO, el reconocimiento y la apropiación de los derechos de las personas en los procesos de atención del parto, parto y posparto. La finalidad era el empoderamiento, la participación ciudadana de las mujeres como protagonistas en la atención de su salud sexual y reproductiva.

La planificación de la actividad fue una tarea conjunta que vinculó a las organizaciones ya consignadas, a las organizaciones comunitarias del CS 67 y al equipo de trabajo de los talleres de práctica. La convocatoria fue realizada a partir de invitaciones casa por casa, de cartelería en los lugares más concurridos del barrio (CS, paradas de colectivo, escuela, comercios), de difusión de la actividad en un programa radial de una emisora de la zona y de invitaciones de boca en boca, realizadas por referentes de las organizaciones comunitarias de los asentamientos.

La actividad se llevó a cabo dos veces y en lugares distintos. La primera proyección se realizó por la mañana en la Cooperativa Nueva Esperanza y la segunda por la tarde en la escuela Favaloro, donde se realizaban los talleres Cambio de luna. En Nueva Esperanza participaron varias mujeres y luego del video-debate realizaron ejercicios físicos para embarazadas, coordinados por la instructora de yoga. Al encuentro realizado en la escuela Favaloro asistieron algunas referentes de la organización Mujeres por un parto respetado de Córdoba, una mujer que participaba de los talleres Cambio de luna y el equipo de trabajo de los talleres.

En cuanto a la evaluación de la participación ciudadana, teniendo en cuenta la asistencia como indicador de esta variable, se puede advertir que la actividad tuvo mejores resultados en

los asentamientos, donde concurrieron varias mujeres del sector. No ocurrió lo mismo en la escuela Favalaro, donde solo fue una mujer de 16 de noviembre. Esta diferencia puede atribuirse a la convocatoria de las y los referentes de los asentamientos y a la cercanía que implicó para esa población que la actividad se haya realizado en su propio espacio.

Otro aspecto de la participación ciudadana que cabe resaltar en esta actividad, es el trabajo colectivo que implicó su realización, impulsando a la vinculación de organizaciones diferentes para expresarse en el espacio público sobre la temática.

### ***Planificación, realización y análisis de entrevistas domiciliarias a mujeres en período de puerperio.***

Como ya fue mencionado, en este proceso de intervención se consideró importante el trabajo con mujeres en proceso de puerperio, como manera de recuperar la experiencia del reciente parto, las subjetividades y saberes de las mujeres acerca de sus procesos sexuales. Por esta razón, las entrevistas tuvieron como objetivos indagar la historia y las condiciones de vida de las agentes de la intervención, reconstruir los procesos de necesidades y demandas, indagar acerca de sus procesos sexuales (dimensiones simbólicas y materiales), especialmente su experiencia de embarazo, parto y puerperio, sus sentidos respecto de la VO y cómo valoran la atención sanitaria del HMNRC y el CS 67.

En un principio, esta actividad estuvo pensada no solamente como la realización de una técnica de recolección de información, sino como un encuentro con las mujeres, una instancia de acercamiento a ellas. Por un lado, para abrir un espacio que les permita expresar sus experiencias de parto, registrando además sus relatos para un posterior análisis y nuevas intervenciones. Por otro lado, para hacer más accesibles a las mujeres algunos servicios del CS, ya sea dando información de horarios o cualquiera otra información requerida por ellas, o realizando consejerías de salud sexual. Se pensó tales espacios como encuentros individuales y domiciliarios, debido a la poca disponibilidad de tiempo de las mujeres en proceso de puerperio y para facilitar la concreción del encuentro.

A medida que se iban organizando los momentos de cada entrevista, surgía la dificultad de que el número de mujeres dispuestas a participar de ellas no era el que se especulaba, ya que como había una mayor concurrencia a los encuentros. Entre costura, se esperaba un número mayor de mujeres dispuestas a ser entrevistadas. Ante este obstáculo, la trabajadora social del CS, sugirió que se cambiara el espacio de realización de las entrevistas y se les propusiera a las mujeres llevarlas a cabo en el CS, algún día que asistieran a otra consulta sanitaria. Su recomendación se fundaba en que tal vez, el problema radicaba en que las mujeres no se sentían

cómodas recibiendo personas extrañas en sus respectivas viviendas. Pero dicha modificación tampoco aseguro la participación de las mismas.

En total se pudieron concretar tres entrevistas. La primera fue realizada junto al equipo de profesionales de los talleres, a las restantes solo acudió el grupo de estudiantes, con el fin de lograr un espacio de mayor intimidad y privacidad, para comodidad de la entrevistada. Estas dos últimas entrevistas fueron realizadas a una mujer de barrio 16 de noviembre, quien, aunque había participado de un solo taller Cambio de luna, expresó su interés por las actividades de la práctica, accediendo a realizar las entrevistas. Ambos encuentros se realizaron en su vivienda, a los pocos meses de haber dado a luz y, además de entrevistarla se le acercó información acerca del acceso a la ligadura tubaria, la cual fue requerida por ella. La información recabada a partir de esta técnica ya fue analizada en el segundo capítulo de este trabajo.

En esta actividad se repite una dificultad constante del proceso de intervención, que fue la escasa asistencia o presencia de las mujeres en algunas propuestas de la estrategia, lo cual es un indicador que puede estar respondiendo, en primer lugar, a la variable participación ciudadana, pero también puede ser una expresión de cómo se dan las relaciones sanitarias, de las representaciones que la población usuaria tiene de las instituciones de salud, y del reconocimiento y apropiación de derechos y capitales culturales y sociales de las y los agentes del proceso de salud.

### ***Entrevista a la Trabajadora social del HMNRC, formulación y gestión del proyecto “Conociendo el lugar donde parir”.***

Otro de los puntos que se consideró necesario abordar en el proceso de intervención fue el de establecer vinculaciones con el HMNRC, para que, a través de esta práctica se pudiera lograr un trabajo articulado entre esa institución y el CS 67. Esto se fundamentaba, en primer lugar, en la intención de dar continuidad a las actividades que habían quedado pendientes en el proceso de intervención del año 2015, donde también se intentó realizar un trabajo articulado con el HMNRC, pero no se llegó a concretar alguna actividad. En segundo lugar, este proyecto apunta al empoderamiento de la población usuaria del CS 67 y del HMNRC, a partir de facilitar el acceso a la información y conocimientos sobre los procesos de atención que recibirán por parte de las instituciones de salud, durante el parto, parto y posparto. Por último, la articulación también remite a los ejes de APS, que buscan responder de manera adecuada a las necesidades sanitarias de la población, a través de la conformación de redes compuestas por instituciones del primer, segundo y tercer nivel de atención.

Como primera actividad, se planificó y realizó una entrevista a la trabajadora social del HMNRC, estableciendo como objetivos de esa instancia los siguientes puntos: indagar las

actividades que se realizaron en vinculación con el grupo de prácticas del año 2015, indagar los posicionamientos ideológicos del equipo sanitario acerca de la ley de Parto respetado y de VO, indagar sobre las actividades que el HMNRC realiza en torno a la temática y establecer acuerdos para realizar actividades de manera conjunta, que vinculen a esta institución con el CS 67.

La entrevista se llevó a cabo y se pudo dar respuesta a los objetivos de indagación planteados. En cuanto al trabajo articulado que se pretendía, la trabajadora social solicitó que se presentaran las actividades propuestas en un proyecto escrito, para que ella pudiera evaluar, aportar y presentarlo ante la institución, para gestionar la realización del mismo. En respuesta a su solicitud, este grupo de prácticas, bajo supervisión de las referentes de práctica y de territorio, elaboró un proyecto denominado “Conociendo el lugar donde parir”, que fue enviado en formato digital, como había sido requerido.

La propuesta consistía en que las mujeres del CS 67 pudieran conocer de manera anticipada la sala de parto y el proceso de atención sanitaria que recibirían al momento de ingresar al HMNRC. Esto se fundamentaba en la idea de que, conocer anticipada y detalladamente las posibles intervenciones que recibirían, los espacios por donde transcurrirían, las condiciones edilicias y normativas de los mismos, permitiría a las mujeres prever situaciones y disponer con antelación los medios necesarios que le permitan atravesar el parto de la mejor manera posible.

Otro fundamento de la propuesta se afirmaba en los aportes de Robirosa y otros (1990), para quienes, el acceso a información “necesaria en calidad y cantidad” (p. 19) representa el primer nivel de participación, y es crucial para que puedan darse los siguientes niveles, de opinión y toma de decisiones sobre sus procesos sanitarios. La información requerida debía ser con sentido, oportuna y adecuada para la población, para poder aportar verdaderamente a sus procesos de conocimiento. Esta instancia de información y conocimiento sería importante para el empoderamiento y el posicionamiento de la mujer como protagonista de sus propios procesos, para la autonomía y la toma de decisiones. El involucramiento y participación activa de las mujeres usuarias y sus referentes afectivos en la atención y el cuidado de la salud, es a lo que aspira UNICEF, según lo expresado en la Guía Maternidad Segura y centrada en la familia (2011:14), a la que el HMNRC adhiere.

Además, como ya se dijo, el proyecto propone actividades que articulan los diferentes niveles de APS, el primer y el segundo nivel de atención, materializados en el CS 67 y en el HMNRC, intentando propiciar la puesta en práctica de los ejes de referencia y contrareferencia, atendiendo a su desarrollo como estrategia integral y necesarios para la optimización del servicio, en favor de la población.

Cabe agregar que también se pensó incluir en la propuesta del proyecto a los o las acompañantes de las mujeres durante su proceso de parto, parto y posparto en el HMNRC. Esta iniciativa fue conversada por el equipo de los talleres, y se tuvo en cuenta lo relatado por la trabajadora social, en cuanto a las limitaciones edilicias para garantizar el derecho a la intimidad de todas las mujeres que comparten una misma sala de parto y los significantes de profesionales, acerca de la presencia de acompañantes de las mujeres en los procesos de atención. El análisis de estos aspectos llevó a decidir que sólo se incluya a las mujeres en proceso de embarazo en la propuesta, buscando mayor viabilidad para la implementación del proyecto.

En cuanto a los objetivos del proyecto, el general se definía como “Propiciar un proceso de empoderamiento de las mujeres que atienden su embarazo en el CS 67”. Los objetivos específicos eran: 1- facilitar el acceso a la información y al conocimiento de las mujeres del CS 67, en lo referido a la atención de su proceso de parto, parto y posparto. Y 2- fortalecer la articulación entre el HMNRC y el CS 67.

La estrategia de este proyecto se configura como un proceso compuesto por los procedimientos que se detallan a continuación:

- procedimiento de gestión: entendiendo la gestión como una “intermediación... conducente al logro de un propósito que sirve para atender una necesidad” (González, 2001:7), este proyecto se llevaría a cabo a partir de una intermediación articulada entre profesionales del HMNRC, profesionales del CS 67, mujeres usuarias del servicio de ambas instituciones de salud y estudiantes del quinto nivel de Trabajo Social, que desarrollan su práctica en el mencionado CS. El propósito de esta intermediación consistió en concretar actividades y acciones que resuelvan las necesidades de información, de las mujeres, para que puedan posicionarse como protagonistas de su parto, y de los profesionales, para mejorar el servicio a partir de acciones de referencia y contrareferencia.

- procedimiento de promoción: este procedimiento “implica impulsar a la realización de acciones o la formación de determinados conocimientos... a facilitar la participación y la toma de decisiones... a estimular la propia capacidad para reflexionar sobre las situaciones” (González, 2001:8). Este proyecto busca promover diferentes niveles de participación, como el acceso a información para la toma de decisiones; estimular la autonomía y empoderamiento de las mujeres, la previsión y reflexión acerca del proceso de parto, parto y posparto y de la atención que propone el HMNRC para este momento.

Las actividades propuestas consistían en:

- Recorrido de las mujeres por las salas donde transcurrirán su proceso de parto, parto y posparto, acompañado de una explicación detallada y significativa para las mujeres, acerca de

la atención que recibirán a cargo de algún/a profesional del HMNRC, propiciando un espacio de comunicación fluida entre quienes participen de la actividad.

- Acuerdo y establecimiento de reuniones entre profesionales de los equipos de salud de ambas instituciones, para poner en funcionamiento instrumentos que respondan a acciones de referencia y contrareferencia.

Finalmente, el proyecto no pudo ser llevado a cabo en este proceso de intervención porque en ese año el plantel de trabajadores y trabajadoras del HMNRC se encontraban en un plan de lucha para mejorar sus condiciones laborales, lo cual condicionaba el desarrollo normal del servicio. Esa situación, según la trabajadora social, hacía que se dificultara el establecimiento de acuerdos y compromisos para realizar nuevas actividades.

### ***Planificación, realización y análisis de entrevistas a cuatro profesionales del CS 67 para conocer los posicionamientos institucionales respecto a la VO.***

En este proceso de prácticas se realizaron cinco entrevistas: a una enfermera, quién además coordinaba el equipo sanitario del CS, al psicólogo, a un médico y a la trabajadora social, a quien se entrevistó en dos oportunidades.

Las entrevistas fueron principalmente de indagación, buscando obtener información para lograr los siguientes objetivos:

- reconstruir históricamente el CS;
- caracterizar la organización institucional;
- conocer los posicionamientos de cada profesional acerca de la VO y la ley de Parto respetado;
- conocer las visiones de cada profesional acerca del trabajo con la comunidad y del trabajo social, en el primer nivel de atención sanitaria;
- dar cuenta de las características particulares que asume el trabajo social en ese campo de intervención;
- recopilar información necesaria para pensar en las posibles estrategias de intervención en ese espacio particular.

La información recabada a través de esta técnica fue utilizada para realizar el análisis institucional del espacio de intervención, con la caracterización de lógicas, representaciones, relaciones y posiciones de las y los agentes del campo sanitario.

### ***Planificación y realización de una reunión con el equipo del CS 67 para analizar y debatir sobre la salud sexual y reproductiva de la población usuaria, donde se presentaron gráficos de***

***algunos datos estadísticos de las historias clínicas perinatales y la propuesta de una guía para abordar las consultas de embarazo.***

En el proceso de intervención se consideró importante el abordaje de la VO desde el trabajo con las mujeres, para lograr su empoderamiento y la desnaturalización de este tipo de violencia. Pero también se consideró necesario el trabajo con los equipos profesionales, fomentando una atención sanitaria de los procesos de embarazo, parto y puerperio desde una mirada integral y compleja por parte de los/las profesionales, que respete los derechos de las mujeres y comience por considerar a la embarazada como una persona sana.

En tal sentido, se propuso una actividad destinada a las y los profesionales del CS 67, que pudiera ser llevada a cabo en una o dos de las reuniones semanales que habitualmente realizaba el equipo sanitario. Los objetivos de la actividad eran:

- analizar y debatir acerca del ejercicio de los derechos de salud sexual y reproductiva de la población, especialmente de las mujeres, e
- interpelar las prácticas sanitarias, poniendo el foco en las fortalezas y dificultades que se presentan en el contexto institucional para abordar y garantizar los derechos de la población.

Para tal fin, se utilizaron como disparador los gráficos de algunos datos estadísticos que fueron obtenidos de las historias clínicas perinatales (entre ellos, si el embarazo fue planeado, si usaban métodos anticonceptivos y cuáles eran los más usados, la cantidad de hijos/as, edades, etc.). Estos gráficos daban cuenta de las situaciones de salud sexual de las mujeres que acudían al CS 67 para atender sus embarazos y puerperios, reflejando las distancias entre estas realidades y el ejercicio pleno de los derechos de salud sexual y reproductiva.

La idea era visibilizar y reflexionar en torno a la situación de salud que reflejaban estos gráficos, como así también, sobre la importancia de utilizar de manera adecuada los instrumentos de registro institucionales, completando toda la información requerida en las formas. Se pretendía que el equipo sanitario pudiera interpretar esa realidad particular y propusiera respuestas conjuntas, posibles líneas de acción del CS 67 para abordar tales problemáticas.

La actividad pudo ser llevada a cabo tal como fue planificada, con el interés y la participación de todo el equipo sanitario. A partir de los gráficos presentados se abrió el debate, parte del equipo profesional desconocía las situaciones de salud sexual de las usuarias del CS, mientras que otra parte iba adjudicando tal realidad a los condicionamientos estructurales, como la cultura patriarcal y androcéntrica y la deficiencia de las políticas públicas sanitarias. Un profesional expresó que estaba sorprendido con tales datos, al considerar el trabajo que históricamente venía haciendo el CS 67 en relación a los métodos anticonceptivos. Además, fue en esta reunión donde se cuestionó la pertinencia de un abordaje de VO en el CS, ya que se

entendía que este problema sólo se daba en el HMNRC, que es el lugar donde las mujeres van a dar a luz.

En respuesta a tal cuestionamiento, este equipo de estudiantes expuso la importancia de ampliar la mirada en relación a la VO y no enfocarla solo al momento en que las mujeres van a parir al hospital. Se fundamentó este aporte mediante teoría que define la problemática y con la ley de Parto respetado, los cuales ya han sido abordados en este trabajo. Además, como intento para abrir el espacio de atención sanitaria hacia aspectos no biológicos de los procesos sexuales, se propuso una guía para abordar las consultas de embarazo, la cual se comentará a continuación.

Como ya se había explicado en el capítulo dos de este trabajo, las mujeres que recurren a los efectores públicos de salud de la ciudad de Córdoba para la atención de sus embarazos, llevan sus controles durante los meses de gestación en los centros de salud, pero tienen sus partos en los hospitales del segundo nivel de atención. Los centros de salud registran cada consulta clínica de embarazo en unas fichas que forman parte del SIP (Sistema Informático Perinatal) de la OPS (Organización Panamericana de la Salud), donde quedan asentados datos personales y ginecológicos de la mujer. Dicho registro consta de dos partes, una queda en la institución sanitaria, conformando la historia clínica de la mujer y la otra se la lleva ella misma.

Con el objetivo de difundir la Ley de Parto respetado y adhiriendo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre la atención prenatal adecuada, cuando advierte que los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender de manera global los procesos de embarazo, es que desde esta práctica, se propuso fomentar un abordaje integral de los embarazos en los controles, a partir del diseño de una guía que expone e informa algunos derechos contemplados en la ley antes mencionada, específicamente los que impliquen la atención que brinda el CS. La guía, además, incluye preguntas para incentivar el diálogo entre profesional y embarazada en torno a los procesos sexuales y reproductivos, en búsqueda de superar un abordaje exclusivamente biológico de los mismos y reconocer la subjetividad de la mujer, comenzando por interpelar los significantes emocionales, relacionales e histórico-culturales, entre otros aspectos de tales procesos. El instrumento está ideado para que, luego de ser charlado durante la consulta médica, la mujer embarazada pueda llevárselo adosado en su ficha perinatal<sup>66</sup>.

Para que la guía logre legitimidad institucional y viabilidad, debió ser acordada y aceptada por todos/as los/las profesionales del CS. Para ello, el equipo de estudiantes expuso los aspectos necesarios para la implementación de la guía y se comprometió a realizar las gestiones de diseño, impresión y distribución de cada ejemplar. Así, se acordó con el equipo sanitario del

---

66 Ver anexo 4: Guía para abordar las consultas ginecológicas.

CS 67 la implementación del instrumento en cada consulta por embarazo. Cabe aclarar que la impresión fue incluida en el presupuesto del proyecto de extensión universitaria.

Esta actividad fue de interés para los/las profesionales en relación a la información que se estaba brindando, lo que se vio reflejado en comentarios que expresaban que se comprendía mejor cómo la VO se podía dar en las consultas, y también, quienes reconocieron que nunca se habían cuestionado sobre ciertos temas. Por otro lado, el equipo expresó que la guía propuesta les iba a ser de utilidad.

***Participación de una reunión de planificación y realización de una jornada comunitaria por el Día de la no violencia hacia las mujeres, en cogestión con otro grupo de práctica de Trabajo social del año 2016 y la Red contra la violencia de género.***

A fines del mes de noviembre se llevó a cabo el cierre de ciclo de los talleres, enmarcado dentro del festival realizado en conmemoración del Día de la no violencia hacia las mujeres. Dicha actividad fue planificada y organizada por la Red contra la violencia de género, de la cual forman parte diferentes organizaciones institucionales educativas, sanitarias y comunitarias de la zona.

Este equipo de estudiantes pudo participar de la organización del festival a partir de una reunión donde asistieron las directoras de la escuela Favaloro y del jardín de infantes Patricia Stokoe, el presidente del Centro vecinal de 16 de Noviembre, referentes de la cooperativa 12 de Julio, y referentes del CS 62 de Villa Cornú y del CS 67. Allí se definieron algunas cuestiones del festival que dan cuenta del posicionamiento de la red con respecto al trabajo comunitario. Por ejemplo, en cuanto al lugar para realizar el festival, se pensó en un espacio público y abierto, donde la comunidad, junto a sus instituciones más importantes, pudiera expresar su posicionamiento frente a la violencia de género a todas las personas que transiten por allí. Es por ello que se decidió realizar el festival en la calle, entre las puertas de la escuela Favaloro y la plaza del barrio 16 de Noviembre.

Otra de las cuestiones definidas en la reunión tenía que ver con las actividades a realizar en el festival. Allí es donde este equipo se comprometió a la realización de una obra de teatro con las mujeres de 12 de Julio y a solventar, a través del proyecto de extensión, los materiales para realizar grafitis con estencil en remeras y en otros espacios del barrio (postes, paredes, garita de colectivo, etc.), donde se podían leer frases en contra de la violencia de género. Por su parte, otro grupo de práctica de Trabajo Social que se encontraba trabajando con las mujeres de la feria “16 de Noviembre” gestionó para que las feriantes estuvieran presentes con sus puestos de ventas de ropa y comida. Además de estas actividades, hubo números artísticos como música

en vivo y una clase de zumba, mientras que la comunidad estudiantil decoró el espacio con dibujos en afiches, que se expresaban en contra de la violencia hacia las mujeres.

La obra de teatro realizada en el festival significó el cierre del ciclo de prácticas y fue realizada por el equipo de los encuentros entre costuras (estudiantes/ profesionales), junto a una de las mujeres de 12 de Julio que asistió a los mismos. La obra de teatro se basó en tres escenas diferentes, pero que tenían en común situaciones de violencia obstétrica o de género que atraviesan generalmente las mujeres, cuando acuden a los efectores públicos de salud para ser atendidas en sus procesos de salud sexual y reproductiva. La primera escena era entre una mujer embarazada que acude al CS con dolores intensos, y un personal administrativo que la recibe; la segunda reflejaba la relación entre obstetra-usuaria en los controles de embarazo y la tercera representaba la relación entre profesional-usuaria en un estudio ecográfico. El objetivo era expresar las diferentes maneras en que la VO es y puede ser vivenciada por una mujer embarazada en el primer y segundo nivel de atención.

En esta actividad participó sólo una mujer, lo que refleja una dificultad constante de la estrategia del proceso de intervención. Sin embargo, la asistencia es una forma de participar, no la única. Todas las mujeres que participaron de las diversas actividades del proceso de intervención, en diferentes momentos, aunque no asistieron a esta actividad puntual, sí estuvieron presentes a través de sus historias y palabras. Porque cada escena de la obra de teatro estuvo inspirada en situaciones vividas y relatadas por las mujeres que participaron de las diferentes actividades del proceso de intervención.

## **Reflexiones finales**

Este trabajo es la reconstrucción de un proceso de intervención que tuvo como objeto de abordaje la VO en el primer nivel de atención sanitaria desde la disciplina del trabajo social. Dicho proceso es una articulación de aspectos ético-políticos, teóricos, metodológicos y prácticos, por ello, para concluir este trabajo es necesario sintetizar a continuación las ideas que sostuvieron su desarrollo.

En la primera parte del trabajo se expusieron diferentes aspectos de la VO que permiten entender de qué se trata y cuáles han sido y son sus mecanismos de reproducción. Desde una dimensión legal y teórica se la conceptualizó como un tipo de violencia de género que se expresa en el ámbito de la atención de la salud sexual y reproductiva. Tales conceptos permitieron visibilizar la problemática, identificar situaciones de VO y analizar e interpretar cómo se manifiesta en diferentes espacios y modalidades. A su vez, desde estas dimensiones se ha fundamentado la pertinencia de este proceso de intervención que aborda la VO en el primer nivel de atención, al ser este el primer y principal espacio dispuesto por el sistema sanitario para el acceso de las mujeres a la atención de salud de sus procesos sexuales y reproductivos, en vista de garantizar tal derecho.

También se expuso la problemática desde una dimensión histórica, a partir de la reconstrucción de las diferentes intervenciones estatales en los procesos sexuales y reproductivos, en tiempos y espacios específicos. Se analizó la “cacería de brujas” en Europa, entendiendo que se trató de un proceso de control sobre la sexualidad femenina para encausar la reproducción de la sociedad, ligado a un modelo capitalista. Luego, se analizó cómo ese proceso tuvo continuidad en las políticas “maternalistas” en Argentina, donde, a partir del proyecto de modernización política y social, que tenía como modelo a las sociedades occidentales, se pretendió una transformación cuantitativa y cualitativa de la población. En dicho marco, las mujeres eran consideradas un ser maleable y se les adjudicó como destino la responsabilidad de la reproducción biológica, doméstica y social, de acuerdo a las demandas de un país moderno. Para tal fin el Estado se afirmó en la medicina, la cual, mediante el ejercicio del poder obstétrico, instituyó el control de los cuerpos femeninos asegurando así la reproducción y la maternidad.

Para un acercamiento y entendimiento de la VO fue necesario, además, un análisis desde una dimensión política. En tal sentido, el estudio de las intervenciones estatales sobre los procesos sexuales tuvo en cuenta la pugna de agentes que, mediante organizaciones colectivas, disputaron la hegemonía de un modelo de Estado, de política pública, de salud y de mujer. Esto permitió reconocer la importancia de la acción colectiva de las organizaciones sociales (sindicales, movimiento feminista y de mujeres) en la lucha por el reconocimiento estatal de las necesidades de salud y de salud sexual y reproductiva como derechos.

Con los aportes de estas dimensiones se analizó el sistema de salud como campo de intervención de la VO, advirtiendo la segmentación, la fragmentación y el modelo médico hegemónico como rasgos característicos de la organización de la atención sanitaria. Estas características configuran un proceso de trabajo institucional que inciden negativamente en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, especialmente las de sectores subalternos, dando lugar a la reproducción de VO. Por otro lado, también se han podido identificar las oportunidades que ofrece el campo sanitario para el abordaje de la problemática, entre ellas, los valores y principios de APS. Los mayores aportes de esta estrategia son: el entendimiento de la salud como un derecho humano y desde un enfoque integral, interdisciplinario e intersectorial, la importancia del primer nivel de atención en la organización de todo el servicio sanitario y la necesidad de la participación comunitaria para garantizar la sustentabilidad de una APS integral.

Estos dos primeros capítulos nutrieron los dos últimos en el sentido de que dieron sustento para fundamentar el proceso de abordaje y para la construcción situada de los elementos de la intervención, es decir, del análisis del escenario, de los y las agentes y del objeto de intervención. Además, el diseño de la estrategia se basó en los valores y principios de APS y en la importancia de los movimientos sociales en los procesos de reconocimiento estatal de las necesidades como derechos, lo cual se abordó en los apartados que analizaron el reconocimiento jurídico de las necesidades de salud y de salud sexual y reproductiva. Ambos aportes asumen la importancia de los espacios públicos y colectivos, de las organizaciones comunitarias y la participación social en el abordaje de las necesidades y en la lucha por su politización y reconocimiento en términos de derecho.

Estos aportes se plasmaron en actividades que apelaron a la conformación de espacios colectivos y a la participación comunitaria en el CS 67 para desarrollar procedimientos interdisciplinarios e intersectoriales de promoción, dilucidación y gestión, con el objetivo de abordar los procesos de salud sexual y reproductiva y los obstáculos que constituyen VO. Pero, alrededor de la construcción y resignificación de la participación comunitaria en el proceso de intervención es donde la estrategia atravesó dificultades, porque fueron pocas las mujeres que asistían a las actividades propuestas, en relación a la cantidad que se convocó. Esto reveló uno de los desaciertos del proceso: el pensar que poniendo esfuerzo en la convocatoria se garantizaba la presencia de las mujeres.

Sin embargo, el intento por entender esta situación llevó a indagar los motivos por los cuales las mujeres no asistían a estos espacios de encuentro. Y la ausencia se interpretó a partir de algunos hallazgos que surgieron de los acercamientos a la realidad del CS 67, tales como: la prevalencia de embarazos no planeados, las instituciones sanitarias no respetuosas de las mujeres y las familias, y la pobreza de tiempo para las mujeres. Estas situaciones permiten advertir cómo

se conjugan en el espacio el maternalismo, el modelo médico hegemónico y la vulnerabilidad en las condiciones de vida de las mujeres para configurar un servicio sanitario que, a través de sus prácticas, reproduce imágenes de mujer=madre y madre=enferma e ignorante.

El maternalismo en las prácticas sanitarias se evidencia en situaciones que obstaculizan a las mujeres el ejercicio del derecho a decidir sobre sus procesos sexuales y reproductivos, determinando la maternidad como destino. Ejemplo de ello son el desconocimiento de las mujeres de sus procesos sexuales y los diversos obstáculos al acceso a métodos anticonceptivos, lo cual se ve reflejado en el no uso de anticoncepción disponible en el CS, en la negación del HMNRC a practicar la contracepción quirúrgica a las mujeres que la solicitan, en la prevalencia de embarazos no planificados, en la ausencia de instrumentos para registrar y analizar los procesos sexuales y reproductivos masculinos, entre otros.

El no reconocimiento del derecho al aborto, aunque no haya sido una cuestión directamente abordada en esta práctica, constituye otro ejemplo de maternalización que obstaculiza los derechos reproductivos de las mujeres y a la vez, es un agravante de los obstáculos antes mencionados, porque da lugar a la prevalencia de abortos clandestinos, en condiciones inseguras para las mujeres de sectores subalternos, lo que implica riesgos para su salud y muchas veces la muerte. Desde el principio de este proceso de intervención se tuvo en cuenta el aborto como una problemática relacionada a la VO, pero, a medida que se profundizaba en el conocimiento de las condiciones de salud sexual y reproductiva de las mujeres, la importancia del derecho al aborto tomó mayor centralidad.

El maternalismo no solo asigna a las mujeres el destino de la maternidad, sino que también asocia a este proceso estereotipos de género (madre abnegada, ignorante, necesitada de atención y consejo, sumisa, entregada y confiada al saber médico) que anulan sus capacidades de elegir y decidir como dueñas de sus propios cuerpos y procesos. El protagonismo de las mujeres es reemplazado por el saber obstétrico que, enfocado en lo biológico, convierte en saber subyugado sus sentidos, deseos, capitales sociales y culturales. Ejemplo de esto son las atenciones ginecológicas y obstétricas que se enfocan exclusivamente en los indicadores biológicos objetivos, que duran diez minutos, que no consideran los deseos, los saberes, las necesidades y los tiempos de las mujeres, que desconocen y no se interesan por conocer si el embarazo fue planificado y elegido, que omiten información necesaria que les permitiría conocer y decidir sobre sus procesos, que reprimen los sentidos y saberes de las mujeres y que reproducen diferentes tipos de maltrato.

En estas condiciones, el sistema sanitario está en dificultades para garantizar que las mujeres puedan planear libre y saludablemente cómo vivir sus procesos sexuales y reproductivos. Por el contrario, obstaculiza los servicios y el acceso a recursos que permiten a las mujeres

ejercer su derecho a elegir entre ser o no ser madres y planificar cuándo serlo. No pueden planear ni elegir cómo será su embarazo y parto: muchas veces las consultas obstétricas no son espacios que estimulen o permitan la participación de las mujeres, no se les informa de sus derechos, no se les permite estar acompañadas durante el parto, no pueden expresar dolor, no se les pide consentimiento para realizar intervenciones en sus cuerpos ni son informadas de ellas, no pueden elegir la posición para parir, etcétera. Estas reflexiones llevaron a entender cómo los derechos de salud sexual y reproductiva no empiezan cuando las mujeres entran en la sala de parto, la VO puede ejercerse en el primer nivel de atención sanitaria tanto como en el segundo. Estas vulneraciones determinan que las mujeres no están pudiendo ejercer libertad y autonomía en su propio cuerpo y, por lo tanto, que su ciudadanía está siendo claramente restringida.

Frente a la dificultad que planteaba la ausencia de las mujeres para el desarrollo de las actividades, el equipo de prácticas llevó a cabo modificaciones que contemplaron la disponibilidad de tiempo, los intereses, necesidades y sentidos de las mujeres del CS 67 en proceso de embarazo y puerperio. Como primera medida se invitó a las que manifestaron en la ficha perinatal que su embarazo fue planeado, en segundo lugar, se cerró el taller Cambio de luna (espacio de información y gimnasia parto) y en su lugar se propuso un espacio para que las mujeres se encuentren y hablen de sus experiencias de maternidad desde sus propios saberes y sentidos, mientras realizaban un accesorio para su bebé. La participación de quienes coordinaban consistió en escuchar e indagar los relatos de las mujeres y aportar en relación a los derechos sexuales y reproductivos. En tercer lugar, se planificó que la actividad se llevara a cabo en un consultorio del CS el día de la semana en que se realizaban las atenciones obstétricas para no demandar tiempo extra a las mujeres.

En estos movimientos del proceso de intervención se pueden encontrar aportes del trabajo social para la intervención de la VO en el primer nivel de atención. En este sentido, las actividades del proceso de intervención se sostuvieron en aprendizajes adquiridos a lo largo de la formación académica, mediados por instancias de supervisión, tales como:

- la construcción de una intervención situada en el territorio, que permitió identificar las condiciones de vida, los procesos de conformación de necesidades y las expresiones particulares de la VO, en el primer nivel de atención y en las agentes de intervención;
- el reconocimiento de agentes de derechos, que permitió dimensionar, respetar y valorar los capitales sociales y culturales, los sentidos y deseos de las mujeres;
- la significación de los espacios colectivos, como lugares centrales y estratégicos, donde las y los agentes pueden encontrarse, reconocerse a sí mismas/os y a las otras y los otros en sus necesidades y en sus potencialidades;

- la valoración de la participación, como práctica conformadora de subjetividad referenciada en la ciudadanía, necesaria para la lucha por el reconocimiento estatal de necesidades y por la garantía de los derechos;
- el entendimiento de las instituciones como espacios articuladores de lo macro y lo micro, como instancias estratégicas de la vida en sociedad, al ser el lugar donde se producen relaciones sociales que moldean las prácticas y subjetividades;
- la importancia del equipo interdisciplinario y de los espacios de reflexión colectiva en las instituciones sanitarias, necesarios para el abordaje integral e intersectorial de las problemáticas.

A partir de estos aprendizajes se pudo diseñar la estrategia de intervención. En este sentido, los aportes realizados al CS 67 se ven materializados en la conformación de un espacio de diálogo y escucha de experiencias compartidas entre las mujeres, donde ellas fueran las protagonistas; en la elaboración de porcentajes y análisis de los datos registrados en la ficha perinatal para establecer las condiciones de salud sexual y reproductiva y las expresiones de VO en ese nivel de intervención; en el trabajo interdisciplinario con el equipo de salud para plantear, fundamentar y discutir acerca de la VO en ese espacio; y en la construcción de una guía de atención de embarazos con perspectiva integral y de derecho, que quedó disponible para su uso.

El ejercicio de reflexión de este proceso de intervención también lleva a plantear interrogantes. Como ya fue mencionado, en la atención de salud generalmente se abordan los embarazos de manera indiferenciada, se da por sentado el deseo de embarazo y maternidad, o bien, se pasa por alto esta diferencia que no es menor. Ante esta situación cabe preguntar ¿Cómo significan y viven las mujeres la experiencia de un embarazo no planeado? ¿Cómo puede acompañar el servicio sanitario los embarazos no planeados? Si se tiene en cuenta la prevalencia de esta problemática, se torna urgente el diseño de políticas que la aborden a partir de estrategias de promoción, prevención y asistencia en los servicios sanitarios.

Por último, si se considera la configuración histórica de la institución sanitaria, ligada a la medicina y al control del cuerpo, y la vigencia de esas lógicas viejas en las dinámicas presente, cabe preguntarse si es posible seguir pensando en el sistema de salud como garante de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. La pregunta es abierta, implica a la temática abordada y plantea el desafío de construir respuestas viables, especialmente al trabajo social, cuyo objeto se liga al ejercicio de ciudadanía de las y los agentes.

Las posibilidades de un sistema sanitario que respete los derechos de las mujeres se relacionan a un modelo de Estado de bienestar desmercantilizador, desfamiliarizador y antipatriarcal que, a través del concierto de políticas públicas, exprese la voluntad para reconocer derechos y garantizar su ejercicio efectivo a la ciudadanía. De tal modelo dependen las

condiciones de vida, salud y autonomía de la población, lo cual planteará a cada agente los grados de libertad para decidir sobre las distintas esferas de su vida.

Las transformaciones sanitarias también se ligan al desempeño profesional de los equipos sanitarios, lo cual tiene que ver con la formación académica y las prácticas que en ella se fundamentan. Es necesaria la conformación de equipos interdisciplinarios formados en una concepción de salud integral, acorde a los derechos de las mujeres, que habilite procesos de reflexión crítica para la transformación de sus propias prácticas. En este aspecto son importantes los aportes de APS y la conformación de espacios interdisciplinarios, intersectoriales, comunitarios y plurales que permitan a los equipos sanitarios la discusión colectiva de los fundamentos éticos, políticos y teóricos de sus prácticas y las implicancias para la comunidad. Espacios que den lugar a la expresión democrática del movimiento instituido-instituyente encarado por grupos de agentes, donde se definen lo que la institución es y lo que hace.

Las transformaciones que plantea el desafío tienen mayores posibilidades si se considera la faz contradictoria y constructiva del sistema sanitario. Es decir, si se advierte la coexistencia de dos modelos diferenciados de atención en un mismo sistema de salud: el biomédico y la estrategia de APS, y si se advierte la institución sanitaria como una estructura cuya construcción no es acabada, sino que está en constante movimiento. Esto pone el foco en las capacidades de las y los agentes para disputar la definición del sistema sanitario, para hacer prevalecer, a través de la agencia, prácticas sanitarias fundadas en APS, en respeto de la ciudadanía femenina y de la población general.

Las posibilidades de un servicio sanitario que respete los derechos también tienen que ver con la conformación de una ciudadanía capaz de luchar por el reconocimiento estatal de sus necesidades como derechos y demandar la garantía de los mismos. Esto apunta a advertir la centralidad de las instituciones públicas sanitarias, especialmente las del primer nivel de atención, como espacios de construcción de ciudadanía y a recuperar los principios de APS que postulan la participación comunitaria y la inclusión de sus luchas y demandas en el trabajo sanitario para garantizar la integralidad del derecho a la salud.

Por último, la constitución de ciudadanía que se plantea lleva a ratificar la relación entre ella y el trabajo social, ya que la disciplina apuesta, a través de su intervención, a una participación que trascienda el espacio público societal y se encamine hacia el espacio público estatal, poniendo en debate de la agenda política las problemáticas de las y los agentes, en vistas de incidir en la formación de políticas públicas. Esta tarea expone la vinculación del trabajo social con las luchas de los sectores subalternos, especialmente las de las mujeres, y la importancia de acompañar esos espacios colectivos donde las agentes se construyen como ciudadanas, en la tarea de construir una sociedad más igualitaria, más autónoma y más libre.

## **Bibliografía**

- Acevedo, M y Aquín N. (2007) Fichas de cátedra: Introducción a la intervención. Teoría, Espacios y Estrategias de Intervención II (Abordaje comunitario). Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Córdoba.
- Acuña, C. y Chudnovsky, M. (2002) El sistema de salud en Argentina. Documento 60. Universidad.
- Almendra y Montenegro (s/f). Aproximación a un análisis histórico y situacional de la implementación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud en Argentina. Material provisto por la Cátedra de Salud y políticas públicas. Lic. en Trabajo social. Facultad de Ciencias sociales. Universidad nacional de Córdoba.
- Alvarez Matteazzi, E. y Russo, P. (2016) Violencia obstétrica: naturalización del modelo de atención médico hegemónico durante el proceso de parto (tesina de grado). Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba.
- Andruetto, M. (2017) Cleofé. Caballo Negro Editora. Córdoba.
- APS: Evolución histórica de un concepto polisémico, Catedra de Salud y políticas públicas, Trabajo social, Facultad de Ciencias Sociales Universidad Nacional de Córdoba
- Aquín, N. (1995) Acerca del objeto de trabajo social. En Revista Acto Social N10. Córdoba.
- Aquín, N. (1996) La relación sujeto-objeto en Trabajo Social: una resignificación posible. En el libro La especificidad del Trabajo Social y la formación profesional, Editorial Buenos Aires.
- Aquín N. (2003) Ensayos sobre ciudadanía. Reflexiones desde el Trabajo Social. Espacio editorial. Buenos Aires.
- Arguedas Ramírez, Gabriela (2014) La violencia obstétrica: Propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense, en Cuadernos de Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe. Vol. 11. Universidad de Costa Rica. Costa Rica.
- Ase, I y Buriyovich J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? En Salud colectiva, V. 5. N. 1. Lanús. Retomado en [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652009000100003](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000100003).
- Barberis, E., Taborda, D., Zamanillo, A. (2013) Procesos de implementación del Programa Nacional de Educación Sexual Integral en la Ciudad de Córdoba. Análisis de las resignificaciones institucionales del Programa desde un estudio de casos. En Revista Síntesis, N.º 4 / 2013. Recuperado en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/12212-32298-1-PB.pdf>.

- Barrionuevo y otros (2006) Las posibilidades de incidencia del Trabajo Social en la definición e implementación de la Política Institucional. Escuela de Trabajo Social. Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba.
- Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: una forma de violación de los derechos humanos. Redbioética/UNESCO.
- Bertolotto, y otros (2012) Atención de salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto, en Saude em debate, revista do centro brasileiro de estudos de saúde, V.36, N 94 Rio de Janeiro.
- Bordes. Revista de política, derecho y sociedad. Universidad Nacional de José. C Paz. Fecha de acceso el 28/03/18 en <http://revistabordes.com.ar/violencia-obstetrica-poder-simbolico-y-cuerpo-de-mujer/>
- Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito. S/f. Fecha de acceso: 12/04/18. En <http://www.abortolegal.com.ar/about/>.
- Campisi, A. y Carreras, M. (2008). Sistema social y práctica social: las nociones de sujeto y agente. V jornadas de sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Dpto. de Sociología, La Plata. Disponible en: <http://www.aacademica.org>. Fecha de acceso el 28/03/18.
- Carballeda, A. (1994). Génesis del discurso de la acción social y la medicalización de la vida cotidiana. En Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales. Año II, N.º 5. Argentina. Disponible en [http://www.margen.org/investig/curso6/apunt03\\_01.pdf](http://www.margen.org/investig/curso6/apunt03_01.pdf).
- Castel, R. (1991). La dinámica de los procesos de marginalidad. De la vulnerabilidad a la exclusión. En El espacio institucional. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Castro, Roberto, “Génesis y práctica del hábitus médico autoritario en México”, en Revista Mexicana de Sociología, México, vol. 76, núm. 2, 16-11-16. Disponible en [file:///C:/Users/usuario/Downloads/46428-123375-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/46428-123375-1-PB%20(1).pdf).
- Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la mujer y Reproductiva. Sistema informático perinatal. Recuperado en <http://www.clap.ops-oms.org/sistemas/>.
- Chequeado. La verificación del discurso público. #Niunamenos el 77% de las mujeres aseguran haber sufrido violencia obstétrica. Fecha de acceso el 28/03/18 en <http://chequeado.com/el-explicador/niunamenos-el-77-de-las-mujeres-aseguraron-haber-sufrido-violencia-obstetrica/>.
- Chiara, M. y Di Virgilio M. M. (2009). Conceptualización de la gestión social, gestión de la política social, conceptos y herramientas. Prometeo Libros.

- Código de ética del Colegio de profesionales en Servicio Social de la Provincia de Córdoba (2008). Disponible en <http://www.cpscoba.org/principales/codigo%20de%20etica-08.pdf>.
- Declaración de Alma Ata. OMS/UNICEF (1978). Recuperado en <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>.
- Danani, C (2009) La gestión de la política social: un intento de aportar a su problematización, en Chiara M. y Di Virgilio M. M. (Organizadoras) Gestión de la política social. Conceptos y herramientas. Prometeo Libros. Buenos Aires.
- Diario Cba24. Vecinos reclaman autorización para seguir construyendo 13/05/14. Fecha de acceso 24/08/2016. En <http://www.cba24n.com.ar/content/vecinos-reclaman-autorizacion-para-seguir-construyendo>.
- Diario La Nación “Fallo histórico, la corte ratifico que no son punibles los abortos en caso de violación” 13 de marzo del 2012. Buenos Aires, Argentina. Fecha de acceso:13/03/12 consultado: 01/06/17. en <https://www.lanacion.com.ar/1456233-fallo-historico-la-corte-eximio-de-pena-a-las-mujeres-violadas-que-aborten>.
- Se crea el primer observatorio de violencia obstétrica. Buenos Aires, Argentina. Fecha de acceso 20/03/18 en <https://www.elintransigente.com/argentina/2015/9/23/crea-primer-observatorio-violencia-obstetrica-argentina-343957.html>.
- El parto es nuestro, Violencia obstétrica. Fecha de acceso 22/10/2016 en <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/campanas/observatorio-de-la-violencia-obstetrica>
- El patagónico. Crearon el observatorio de violencia obstétrica de Argentina, 07/10/2015. Fecha de acceso 15/11/2016 en <https://www.elpatagonico.com/crearon-el-observatorio-violencia-obstetrica-argentina-n1295678>
- Enfoques, (S/f) Fundación Desarrollo y Autogestión DyA Centro de Estudios y Promoción del Desarrollo. Retomado en <http://semilla.org.pe/causes/enfoques/> Fecha de acceso: 14 de noviembre del 2016.
- Eraso, Y. (2001). Ni parteras, ni médicos: Obstetras. Especialización médica y medicalización del parto en la primera mitad del siglo XX, en Anuario de la Escuela de Historia. Universidad Nacional de Córdoba
- Espin Andersen, G. (1993). Los tres mundos del Estado del Bienestar. Institución Alfons el Magnanim. Valencia.
- Feo, Oscar (2012) Atención primaria de la salud en debate en Saudeemdebte, revista do centro brasileiro de estudos de saúde, V.36, N 94 Rio de Janeiro.

- Ferrandini, D. (2000) Salud: opciones y paradigmas. Fecha de acceso: 23/10/ 2016. En <http://documents.mx/documents/salud-opciones-y-paradigmas-devora-ferrandini-9.html>.
- Fraser, N. (1994) Políticas Sociales del Estado: La lucha por las necesidades, esbozo de una teoría crítica socialista-feminista de la cultura política del capitalismo tardío.
- Gaitán, P. (2008) Violencia de género. Apuntes para profesionales. Ediciones SeAP. Córdoba.
- Gamba, S (2008) Diccionario de estudios de género y feminismos, editorial Biblos. Argentina.
- Garay, R. (2008) El destino de ser madres: la ideología de la maternidad como soporte discursivo de las nuevas tecnologías reproductivas, en Maternidades en el siglo XXI. Mónica Tarducci organizadora. Espacio Editorial. Buenos Aires.
- Giberti, Eva (1999) Portarse bien durante el parto- Texto publicado en suplemento N 2 de la colección escuela para padres, editado por Página 12. Argentina.
- González, C. (2001) La intervención en el abordaje familiar. Mimeo. Fichas de cátedra. Teoría, Espacios y Estrategias de Intervención II (Abordaje comunitario). Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Córdoba.
- Grassi, E. (2003) Estado, cuestión social y políticas sociales, en Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. Espacio Editorial. Buenos Aires.
- Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles, Ministerio de salud de la Nación, junio 2010. Fecha de acceso 30/05/2017 en [http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Pol%C3%ACTicas\\_Publicas/Protocolos%20de%20Atenci%C3%B3n/Guia-ANP-ResMin1184.pdf](http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Pol%C3%ACTicas_Publicas/Protocolos%20de%20Atenci%C3%B3n/Guia-ANP-ResMin1184.pdf).
- Gutiérrez, A (2002) Las prácticas sociales: una introducción a Pierre Bourdieu, Tierra de nadie Ediciones, S.L. Madrid.
- Isuani, Ernesto A y Mercer, Hugo (1988). La fragmentación institucional del sector salud: ¿pluralismo o irracionalidad? Centro Editor de América Latina, Buenos Aires.
- Jerez, Celeste. (2015) “Paradojas de la ‘Humanización’ del parto: ¿qué partos merecen ser ‘empoderados’?”. Presentado en las XI Jornadas de Sociología UBA. Pertenencia institucional: Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género y Colectiva de Antropólogas Feministas –Facultad de Filosofía y Letras-UBA.
- Laurell, A. (1986). El estudio social del proceso de salud-enfermedad en América Latina, en Cuadernos Médico-Sociales N.º 37. Rosario.
- Lera, C. (2009) Apuntes sobre el trabajo social, construyendo el oficio, Fundación La Hendija, Paraná.

- Ley 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica Sancionada: agosto 9 de 2006 Promulgada: agosto 28 de 2006. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. Fecha de acceso 28/03/18. En [http://www.msal.gob.ar/saludsexual/ley\\_anticon\\_quirurgica.php](http://www.msal.gob.ar/saludsexual/ley_anticon_quirurgica.php).
- Ley 26.485 de protección integral a mujeres Sancionada: marzo 11 de 2009. Promulgada de Hecho: abril 1 de 2009. Ministerio de justicia y derechos humanos. Presidencia de la Nación. Fecha de acceso 28/03/18. En <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>
- Ley de Parto Humanizado: derechos para embarazadas y madres. Fecha de última actualización: 06/02/2017 Fecha de acceso el 28/03/18. En <https://www.planetamama.com.ar/nota/ley-de-parto-humanizado-derechos-para-embarazadas-y-madres?page=full>
- Los derechos humanos frente a la violencia institucional, Fecha de acceso 22/12/2016. En [http://www.jus.gob.ar/media/2932203/violencia\\_institucional.01.pdf](http://www.jus.gob.ar/media/2932203/violencia_institucional.01.pdf).
- Los mitos sobre el aborto. Hacia el XXI Encuentro Nacional de Mujeres en Jujuy – Argentina. Por María Chaves, presidenta del Centro de Estudiantes de Ciencias Sociales (UBA). Fecha de acceso: 01/07/17. En [http://www.lafogata.org/cras/cumpas\\_11-6.htm](http://www.lafogata.org/cras/cumpas_11-6.htm).
- Lumi, Susana, en Acevedo, M. y Aquín, N. (2000) Desde la comunidad hacia el espacio poblacional. Ponencia presentada al encuentro de investigadores en temáticas urbanas: lo urbano en el pensamiento social. Instituto Gino Germani. Buenos Aires.
- Medina, Graciela (2009) Violencia obstétrica. Revista de Derecho y Familia de las Personas, Buenos Aires, núm. 4. Fecha de acceso 22/10/2016. En <http://informe.gire.org.mx/caps/cap4.pdf> .
- Mario Pecheny; Mónica Petracci. Scielo, Derechos humanos y sexualidad en Argentina. Universidad de Buenos Aires, Argentina. Fecha de acceso: 20/03/18 en [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-71832006000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832006000200003).
- Martinengo, V., Morales, M., Salgado, V. (2014), El cuerpo de las mujeres como territorio de disputas. Recuperado en <http://conferencias.unc.edu.ar/index.php/gyc/3gyc/paper/viewFile/2665/718>.
- Maternidad segura y centrada en la familia con enfoque intercultural. Junio 2012. Segunda edición. Fecha de acceso: 20/03/18 en <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000238cnt-g08.mscf-enfoque-intercultural.pdf>.

- Menéndez, Eduardo L (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc. saúde coletiva*[online], vol. 8, n. 1. Recuperado en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a14v08n1.pdf>. Fecha de acceso: 20/03/18.
- Ministerio de justicia y derechos humanos, temática violencia de género (s/f) en [http://www.jus.gob.ar/areas-tematicas/violencia-de-genero.aspx\(22/10/16\)](http://www.jus.gob.ar/areas-tematicas/violencia-de-genero.aspx(22/10/16)).
- Moyano G, Escudero J. (2005). La salud en Argentina ¿en manos de quién? En: Derecho a la salud, situación en países de América Latina. Bogotá: Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo (PIDHDD), Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). Recuperado en <http://usuarios.advance.com.ar/asociacionsaludbucal/Documento%20sobre%20salud%20en%20Argentina.pdf>.
- Nari, M. (2004). Políticas de maternidad y maternalismo político. Editorial Biblos. Buenos Aires.
- Oszlak, O. (1983). Los sectores populares y el derecho al espacio urbano. Artículo publicado en Punto de Vista, Bs. As. También publicado en SCA (Revista de la Sociedad Central de Arquitectos), N.º 125 aniversario: Bs. As. Disponible en: <http://www.oscaroszlak.org.ar/images/articulos-prensa/Los%20sectores%20populares%20y%20el%20derecho%20al%20esp%20urb.pdf>. Última entrada 20 de agosto de 2016.
- Paim, Jairnilson Silva (2012) “Atención primaria de la salud en debate” en Saudeemdebate, revista do centro brasileiro de estudos de saúde, V.36, N 94 Rio de Janeiro.
- Pantelides, E.; Mario, S; (2007). Estimación de la magnitud del aborto inducido, Resumen Ejecutivo. Fecha de acceso: 30/05/2017. En: <http://www.cedes.org/areas/saludes/index.html>.
- Río Fortuna, C. (2008) Anticoncepción quirúrgica y maternidad: [su]gestión en un servicio de obstetricia. En *Maternidades en el siglo XXI*. Mónica Tarducci organizadora. Espacio Editorial. Buenos Aires.
- Rodríguez, M., Scavuzzo, J., Taborta, A. y Buthet, C. (2013). Metodología integral de evaluación de proyectos sociales. Ed. Brujas. Córdoba, Argentina.
- Rovere, Mario (2012) Atención primaria de la salud en debate, en Saudeemdebate, revista do centro brasileiro de estudos de saúde, V.36, N 94 Rio de Janeiro.
- Robirosa, M.; Cardarelli, G.; La Palma, A. (1990) “Turbulencia y planificación social. Lineamientos metodológicos de gestión de proyectos sociales desde el Estado”. Ediciones UNICEF y Siglo XXI. Buenos Aires.

- Rozas Pagaza, M. (2001). La intervención profesional en la relación con la cuestión social. Espacio. Buenos Aires.
- Socorristas en Red. Feministas que abortamos S/f. Fecha de acceso: 12/04/18. En <http://socorristasenred.org/index.php/quienes-somos/>.
- Spinelli, H. (2016) Bien paridas, Revista Anfibia. Recuperado en <http://www.revistaanfibia.com/ensayo/bien-paridas/>.
- Tajer, D (2004) Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud, En Políticas Públicas, Mujer y Salud. Edic. Universidad Nacional del Cauca y RSMLAC, Popayán, Colombia. Fecha de acceso 16/11/2016.
- Testa, M. (1988). Atención ¿Primaria o primitiva? de a salud. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. II Jornadas de APS- CONAMER (pág. 75 a 90). Buenos Aires: Grupo editor de las jornadas.
- Violencia Obstétrica: lo que hay que saber para defender nuestros derechos publicado el 12/11/13 en <http://www.enredando.org.ar/2013/11/12/violencia-obstetrica-lo-que-hay-que-saber-para-defender-nuestros-derechos/>.
- Zamberlin, Nina (2003) “De salud materno infantil a salud reproductiva. Una perspectiva en un contexto de cambio” en Enfoque Integral del Desarrollo en la Infancia, CLACYD, Córdoba.

# **ANEXOS**

## **Anexo 1**

Entrevista a mujer de 16 de Noviembre. Fecha: junio de 2016.

Objetivos:

- Indagar acerca de las condiciones de vida de las sujetas: historia y condiciones de vida;
- Reconstruir los procesos de necesidades y demandas;
- Indagar acerca de la experiencia de su embarazo, parto y puerperio, focalizando en la situación de parto institucional;
- Analizar las representaciones en torno a la sexualidad, embarazo y parto;
- Analizar la relación entre las sujetas y el centro de salud;

**Estudiantes: Nos gustaría que empieces contándonos acerca de tu familia de origen, ¿cómo estaba compuesta? (tu mamá, tu papá...)**

- Tengo mi mamá, mi papá. Somos cinco hermanos de ellos dos y tengo cuatro hermanos por parte de mi papá. Eh y bueno, tengo ocho sobrinos.

**Estudiantes: o sea que tus papás se separaron o...**

- no, no, no, están juntos, pero la pareja era anteriormente a mi mamá

**Estudiantes: ah...**

- o sea que somos nueve en total y de ellos cuatro aparte son sólo hijos de mi papá.

**Estudiantes: bien, acerca de las condiciones de vida de tu familia. Estamos hablando en esta parte de tu familia de origen. Ustedes, ¿cómo vivías vos, como vivía tu familia? ¿en qué trabajaban ellos?**

- mi mamá no, ... trabajaba, era empleada doméstica. Hace 13 años que le dio un ACV, se le paralizó la mitad del cuerpo, así que la mano no mueve, el pie renguea, así que tuvo que dejar de trabajar. Y mi papá siempre trabajó en las obras, igual que mis hermanos, trabajaban con mi papá hasta que cada uno se independizó y cada uno hizo su vida, ya cada uno hizo su familia. Ahora uno de mis hermanos hace piletas, el otro limpia piletas y el otro sigue con mi papá

**Estudiantes: como una empresa familiar**

- sí, sí

**Estudiantes: ¿vos sos la menor?**

- Sí, sí. Y mi hermana la más grande de la familia se fue a vivir hace un año y medio a Santa Rosa de Río Primero, con su familia.

**Estudiantes: ajá... ¿Son dos mujeres?**

- somos dos mujeres y tres varones.

**Estudiantes: ¿cómo se llevaban ustedes?**

- de chicos, como todo chico, peleábamos mucho y creo que ahora de grande que cada uno hizo su vida nos llevamos mejor, pero de chicos vivíamos peleando entre todos. Y eso, no... Como todo niño

**Estudiantes: ¿y en cuanto a la relación con tus padres?**

- bien, bien. Mucho mejor con mi mamá que con mi papá. Mi papá es más odioso, más serio.

**Estudiantes: en tu casa, cuando se hablaba de la menstruación, cuando te viene la primera vez, ¿con quién lo hablabas?**

- con mi mamá

**Estudiantes: todo lo hablabas con tu mamá**

- sí, sí.

**Estudiantes: ¿y con respecto a los cuidados, anticonceptivo y todo eso?**

- sí, sí.

**Estudiantes: ¿y te acordás cómo fue tu primera menstruación?**

-bueno yo, más o menos tenía 14 años y me daba vergüenza decirle a mi mamá, así que, yo tenía plata, fui y me compré toallitas, sola y...

**Estudiantes: ¿ya sabías vos?**

- sí, sí. O sea, no es que sabía, pero... tampoco

**Estudiante: claro, más que tenías una hermana mayor**

- o sea, no le conté a nadie, dos días habrán pasado que no le conté a nadie porque me daba vergüenza. Y menos decirle a mi mamá. Y bueno, hasta que le tuve que contar y, bueno, me explicó y ella me enseñó y eso...

**Estudiantes: ¿y qué hablaban de sexualidad en tu familia?**

-no... Nada, como que eso no, no se tocaba ese tema.

**Estudiantes: ¿y en qué ámbitos empezaste a charlar sobre esto? ¿en el grupo de amigas? ¿o con quién lo empezaste a hablar?**

-con amigas, es más con amigas de lo que se habla que con la familia. Eh, con una amiga con la que nos juntábamos siempre, éramos como hermanas y bueno, con ella empezamos a hablar. Pero... sí con la familia no, no se hablaba del tema. Esas cosas no, me daba vergüenza

**Estudiantes: ¿y si salía el tema?**

- no, no, no salía ese tema. No, aparte mis hermanos y mi papá re cuidas. No, hasta hace poco que los cansé y dijeron ya, hace tu vida. Ya me soltaron porque ya

**Estudiantes: "y los cansé" ¿en qué sentido sería?**

- y los cansé en el sentido que yo no iba a dejar de hacer mi vida, así que...

**Estudiantes: eh, no te preguntamos si hiciste el colegio primario, secundario...**

- primario completo

**Estudiante: bueno, vos tenés dos niños. ¿querés contar cómo fue tu primer embarazo?**

- ¿todo el embarazo?

**Estudiante: todo lo que quieras contar**

- el embarazo, los primeros meses fue medio raro porque me venía, al otro día se me cortaba y al otro día me venía. Y ya eso ya como que se me hizo raro. Y bueno, me hice el test y me dio positivo y me seguía pasando igual hasta que fui al Neo y me dijeron que estaba embarazada y que tenía posible riesgo de pérdida, que ellos le llaman aborto, o algo así. Así que me mandaron a hacer reposo absoluto, estuve dos meses en reposo absoluto, cuidando que no pasara nada, no tenía que hacer fuerza. Hasta que se me pasó. Y bueno, todo el embarazo, los controles, todo normal. Hasta que nació

**Estudiante: ¿cómo tomaste el embarazo, en el sentido de si fue buscado, programado?**

- lo estuve buscando hasta que justo el momento en el que me estaba por separar y quedé embarazada

**Estudiante: ¿vos ya convivías con el padre del bebé?**

- sí, sí. Y no quería saber nada, y bueno, quedé embarazada, así que lo, lo tuve que aceptar. Me costó, pero bueno, lo acepté. Pero en ese momento que quedé justo embarazada, no, no quería. Porque estaba muy mal con mi pareja, estábamos a punto de separarnos y...

**Estudiante: ¿y el qué dijo?**

- no, lo aceptó, lo aceptó. En su momento lo aceptó. Eh, después que nació. Eh, bueno, yo quedé embarazada, seguimos un tiempito justo y nos separamos, porque no daba más la relación, no me cuidaba y aparte ya venía mal de antes. Yo en esos meses que estuve de reposo me tuve que venir a la casa de mi mamá a vivir porque necesitaba cuidados, así que enferma como estaba mi mamá ella me cuidaba.

**Estudiante: ¿tu mamá vivía en este barrio? ¿vos siempre viviste en este barrio?**

-no, no, yo vivía en Autódromo, dos o tres barrios por acá cerca

**Estudiantes: y noviaste por acá...**

- eh no, no, no. Sigo contando. Yo me separé del papá de él. No son los mismos papás, son padres aparte. Eh, bueno, yo me separé y... el papá de él (de su primer hijo) una vez a la semana venía y me traía fruta, cosas que necesitara. Pero una vez a la semana me venía a ver. Venía media hora y se iba así que dije no, ya está. Y bueno, lo dejé, terminamos y después empezó con que él no era su hijo y bueno, terminamos. Yo a los cinco meses de embarazo, empecé a salir con el padre de él (refiriéndose a su segundo hijo). Él ya me buscaba desde antes, pero yo ya estaba en pareja que se yo. Y él me aceptó embarazada, me aceptó. Y cuando nació el bebé, mi pareja lo

llamó: "nació tu hijo, si te vas a hacer cargo está en la Neo y si no borraste, porque a él no le va a faltar nada". Y bueno, fue ese día a verlo, media hora habrá estado, lo alzó un ratito y se fue. Todos los meses me traía pañales y leche, una vez al mes. Pasaba, dejaba los pañales en la mesa y se iba y él era bebé (refiriéndose a su primer hijo) y ni lo miraba y como cuatro meses pasó eso y en invierno, cuando necesitaba más pañales y leche, le pedí más pañales y leche, nunca le pedí plata. Y me contesta "yo no pienso mantener a dos vagos de mierda". Así que lo mandé a la mierda y le dije que no apareciera más por mi casa. Mis hermanos lo querían matar. Terminó mal y no apareció más. Hace tres años y medio ya

**Estudiante: ¿él trabajaba en blanco?**

- si

**Estudiante: ¿y el tema de la cuota alimentaria?**

- nada. O sea, nunca le hice juicio, nunca fui a tribunales, porque él sabe que tenía un hijo. Encima es el calco de él. Y yo le dije, hacele un ADN, no tengo problemas y no quiso, prefirió borrarse

**Estudiante: ¿y a vos cómo te tomó todo esto? ¿cómo lo procesaste?**

- bien, porque yo de cinco meses de embarazo, que ya estaba con mi pareja... mi pareja se hizo cargo de él, nunca tuvo problema y lo aceptó como su hijo. El primer día que nació para él fue su hijo. Cuando él tenga edad va a saber la verdad, todavía es chiquito, no le conté la historia. Para él el padre es mi pareja y para mi pareja él es su hijo, así que no tiene ninguna diferencia con los dos. Así que bueno, eso sería.

Y en el embarazo, cuando lo fui a tener, rompí bolsa un sábado a las seis de la tarde bueno me fui al neo, a las 9:10 más o menos que me atendieron, me internaron y a las 2:20 nació

**Estudiante: ¿cómo fue, que te hicieron?**

-apenas entré me pusieron el goteo porque ya había roto bolsa, así que a las 12 empecé con dilatación y contracciones y bueno, a las 2:20 nació. Por suerte no esperé mucho, no sufrí tanto con él. Igual que con él (refiriéndose a su segundo hijo) fueron dos horas nada más.

**Estudiante: cuando te han puesto goteo ¿te explicaban todo el proceso de lo que iban haciendo?**

- sí, me dijeron para qué era, sí, sí. Me explicaron que era para... para la dilatación, pero no me acuerdo ahora. Con él (segundo hijo) me la volvieron a poner así que... y bueno, eso nomás me explicaron hasta que empecé con las contracciones y nació. No sufrí tanto con él, solamente las contracciones las dos horas y bueno, nació bien, con tres kilos cincuenta y estuvo todo bien, sanito nació, no tuvo problemas, yo tampoco, así que ya el lunes nos dieron el alta a los dos

**Estudiante: ¿en el parto estuviste con tu pareja?**

- Si, si, él presenció el parto

**Estudiante: porque nos contaron que no siempre el padre puede estar porque, como que pasas todo el proceso en una sala y cuando ya estás a punto de tener...**

-cuando estás a punto... sí, te pasan a la... si. Eso me pasó con él, casi en el último, en la última fuerza justo entró. Pero estuvo, pudo estar un ratito, lo vio a él, vio lo que le hacían, cuando lo limpiaban, cuando le cortaban el cordón, todo eso estuvo con él

**Estudiante: ¿ni bien nació te lo pusieron en el pecho?**

- Si, ahí nomás

**Estudiante: ¿cuándo le cortaron el cordón?**

- cuando le cortaron el cordón ya lo pusieron conmigo

**Estudiante: ¿te lo dejaron un tiempo al bebé o te lo sacaron rápido?**

-no, a él me lo dejaron un ratito conmigo, mientras le cortaban el cordón y... no sé, me limpiaban a mí, me higienizaban. Y bueno, después nos llevaron al posparto, creo que se llama después y ahí lo tuve conmigo, ahí nomás. Eso fue el parto con él, fue muy lindo el parto con él (el primer hijo). Con él fue terrible, jaja.

**Estudiante: ¿ah sí?**

- sí, jaja, o sea, yo cumplí las cuarenta semanas. El Dr. x me derivó al Neo a que me hicieran monitoreo, para ver cómo estaba la placenta, cómo estaba él. Después de estar media hora

haciéndome el monitoreo del corazón del bebé, me dice la dra. "¿tenés dilatación?". No sé, le digo, porque no me lo han hecho en los últimos controles. Así que me hizo tacto y ya tenía seis y medio

**Estudiante: o sea, vos fuiste con esa dilatación**

- yo fui con esa dilatación. Ya tenía la panza dura nomás que era por el miedo que tenía cuando iba y no sabía que ya estaba con contracciones así que ahí nomás me dejaron internada.

**Estudiantes: ¿No tenías dolor o molestia?**

- mmm... si se me ponía dura la panza o molestia era porque me fui con miedo de acá por...

**Estudiantes: claro, claro**

- eh bueno, ahí nomás me dejaron internada. No había llevado nada porque iba a control nomás. Así que se vino mi pareja, buscó los bolsos. Lo llevó a él (refiriéndose a su primer hijo) a mis cuñadas para que se quedaran con él y a las 12:05... o, las 11:30 creo que me dejan internada, ya me ponen el goteo y a las 2:05 de la tarde nace él. Eh... él nació bien, ahí nomás, todo bien, pero a mí me habían quedado restos de placenta adentro, así que me hicieron un raspaje. Imagínate, tenían que meter la mano y sacar todo, después metieron un fierro... no, no, terrible el dolor

**Estudiantes: ¿te dolía?**

- y si, si era todo sin anestesia nomás, así nomás

**Estudiantes: ¿pero te tenían que haber puesto o no?**

-no, no, creo que en eso no se pone. Así que metían la mano... peor el sufrimiento que el parto, peor. Eh, sangre, perder sangre, unos fierros me metían, un espanto.

**Estudiantes: ¿y no te decían lo que te estaban haciendo?**

- eh, no, al principio no. Y yo les preguntaba y justo eh, cuando empezaron a hacerme que empujara para ya mandarme a la otra sala, ahí lo llaman a mi pareja y él pudo estar un rato antes esperándome ya ahí arriba. Así que ahí nomás él estuvo conmigo ahí. Pobre casi le arranqué la mano, los dedos de tanto apretarlo, por el sufrimiento insoportable. Me cosieron dos o tres puntos sin anestesia. Me tuvieron que coser porque dicen: "son dos puntos y ponerte la anestesia es lo mismo, así que te lo vamos a hacer así nomás". Así que así me cosieron, sin anestesia, un sufrimiento. Y ... después al último me contaron, me dijeron las doctoras que el próximo parto que yo tuviera les dijera que yo había tenido restos de placenta adentro, que se me había complicado. Así que bueno, sin fuerza no podía ni hablar. Cuando me pusieron ya el bebé acá (en su pecho) no lo podía agarrar, no tenía fuerzas para agarrarlo, no podía ni hablar. Así que lo sostenía así nomás, lo tocaba nada más y no lo podía mirar, lo tenía así y no lo podía mirar de la debilidad que tenía, no, no. Así que bueno...

**Estudiantes: lo del problema ese con la placenta. O sea, salió el bebé y ahí nomás tuvieron ese problema o...**

- sí, ahí nomás, siguieron con...

**Estudiantes: ¿y no te dijeron por qué sería el problema?**

-no, no. Yo le conté al doctor x y me dijo: "porque deben haber apurado el parto, las contracciones". Así que bueno

**Estudiantes: ¿por el goteo no, es eso?**

-sí, el goteo es para eso...

**Estudiantes: claro y tenés que tener 10 de dilatación para el parto. Y ¿cuánto tiempo esperaste después del goteo para el parto?**

- y si estuve de las 11:30 y a las 14:05 nació. Y ya había entrado con 6 y medio casi 7 de dilatación

**Estudiantes: claro, en tres horas dilataste los tres centímetros que te faltaban**

- sí, y si

**Estudiantes: y el Dr. te dijo que era porque...**

- deben haber apurado el parto. Sí, pero bueno, eso lo sufrí. Después cuando me llevaron de nuevo a donde ya había estado, al pre parto, me llevaron a mí y a él bueno, lo lavaron, lo limpiaron, todo y lo dejaron en la incubadora y yo me quedé en el parto y habré estado de las 14:05. 14:09 nació el, a las 14:15 me habrán pasado de nuevo y ... ahí lo dejaron de nuevo en la

incubadora un rato hasta que me pasaron al posparto y cuando me estaban llevando en la silla de ruedas me desmallé dos veces. Y me dijo el enfermero que se me había bajado la tensión y que había quedado ahí nomás. Así que cuando yo me desperté me tenían en la silla de ruedas para abajo y los pies para arriba. Y bueno, habré estado ahí 10 minutos hasta que se me estabilizó la tensión y ya de ahí me pasaron a la sala. Yo después de 2 horas y medias lo volví a ver a él. O sea, me lo pusieron, lo cambiaron allá. Después que me pasaron a sala ya recién me lo dieron. Ese fue mi sufrimiento con él, con el parto.

**Estudiantes: ¿y qué te hubiera gustado que sea distinto en los partos? En los dos no, tanto en el primero como en el segundo.**

-lo que me gustaría es que, no sólo a mí, que les hagan a todas, ese que le llaman parto no sufrido, no sé, que le ponen una inyección, no me acuerdo cómo se llama eh, me han dicho 200 veces el nombre y no me puedo acordar. Pero, se lo ponen solamente a las que tienen obra social, las que están en clínicas.

**Estudiantes: ¿la epidural?**

- esa, la epidural. Esa es carísima. Esa le ponen a todas las que tienen obra social. Pero me gustaría que se haga en todos los partos, tanto en el neo como en todos. Sino un sufrimiento insoportable. Y yo lo viví 2 horas nomás, pero hay mujeres que están 12 horas, están 16 horas ahí.

**Estudiantes: ¿los dos los tuviste en el Neo?**

- Si.

**Estudiantes: y en cuanto al trato, en un parto y en el otro, ¿sentiste una diferencia?**

- no, excelente tratamiento tuve ahí, en los dos partos. Muy buena atención, muy buenita las enfermeras, todo muy lindo. Yo por lo menos lo pasé lindo. Me trataron bien.

**Estudiantes: ¿los médicos y las médicas te trataron bien?**

-sí, super buenitos, me explicaban, si yo les preguntaba algo. Muy buenitos, muy buenos.

**Estudiantes: vos estabas averiguando por la ligadura de trompas**

-sí, sí.

**Estudiantes: ¿y en qué quedó eso?**

- eh no, no fui. Ya estaba en lo último por tener y ya estaba en la semana en que no podía ni caminar, no podía estar ni parada ni sentada así que dije no, lo hago después así que ya me voy a llegar, me voy a hacer tiempo y voy a hablar con el doctor que ya me de la orden para sacar turno allá, con la doctora.

**Estudiantes: lo que nosotras te podemos ofrecer es averiguar cómo sería todo. Todos los pasos que hay que seguir para ya en la próxima visita que te hagamos, venir con esa información si vos tenés ganas. O igualmente si te interesa saber de algún otro método hasta que te hagas la cirugía también podemos darte o buscarte cierta información.**

- sí, podría ser

**Estudiantes: si, por ahí uno remite a lo básico que son las pastillas o el preservativo, pero hay otros, muchos más que tal vez nosotras desconocemos pero que te pueden servir.**

- yo cuando nació el (refiriéndose a su primer hijo) me puse el DIU y después yo lo busqué a él (refiriéndose a su segundo hijo) y me lo saqué y ahí nomás a las dos semanas ya quedé embarazada de nuevo.

**Estudiantes: re fértil (risas)**

- (risas) si, eso me dijo la doctora también

**Estudiantes: y si no te ligarías las trompas ¿qué método te gustaría?**

- y, volvería con el DIU, porque para las pastillas soy terrible, me olvido. Y aparte odio tomar pastillas.

**Estudiantes: hace rato mencionabas al Dr. X ¿cómo es tu relación con él? Y ¿cómo te llevas con el centro de salud también?**

- bien, excelente, nunca tuve problemas. Siempre me atendieron bien. Yo a él lo hacía controlar en otro centro de salud (refiriéndose a su primer hijo) y el martes tuvo control él (refiriéndose a

su segundo hijo) y vi que le hacían muchos más controles que a él (refiriéndose a su primer hijo), que sólo lo medían y pesaban.

**Estudiantes: ¿quién lo atiende a él (refiriéndonos a su segundo hijo)?**

- Vi que por primera vez cómo le hacían el control de la cadera, de los pies, de los ojos, de los testículos, todo, cosas que a él no le hicieron (refiriéndose a su primer hijo). Así que excelente la atención. Dudas que tuve, no tuve ningún problema.

**Estudiantes: ¿vos en qué ocasión te acercás al centro de salud? ¿por qué tipo de consulta, sólo consultas por tus hijos?**

-sí, por ellos. Porque yo muy raro que me enferme, más que tener tos, nada más. La única vez que tuve fiebre fue como hace tres años, cuando nació él (refiriéndose a su primer hijo) que me agarró fiebre un rato y se me pasó, no me agarró más.

**Estudiantes: y lo del DIU ¿dónde te controlabas?**

- mirá, el DIU cuando me lo puse nunca me lo controlé porque nunca me dijo la doctora que tenía que hacerme ese control, o sea yo me lo hacía todo antes en el otro centro de salud, con la otra doctora, así que no tuve problemas, bah, con el DIU no tuve problemas, pero nunca me dijo que tenía que hacérmelo controlar.

**Estudiantes: no, yo te pregunto porque no sé si necesita algún control, pensé que a lo mejor sí.**

- y me dijeron que sí. Mis cuñadas me supieron decir que, ellas también tenían el DIU, no sé si cada dos meses, tres meses, no me acuerdo bien como era, pero sí, eso se controlaba, si estaba bien acomodado, todas esas cosas.

**Estudiantes: vos nos decías que es excelente el trato en el centro de salud, pero situémonos desde que vos entrás al centro de salud, todo en general, desde la persona que te está recibiendo ahí, atendiendo ¿Creés que se debería cambiar algo?**

- eh, sí, el que atiende ahí, el administrativo. No sé si es así con todo el mundo, pero poca información te da, no te dice nada, no te explica nada, te dice no y listo. Pero de ahí en más todo muy buena atención, las enfermeras, también muy buenitas. No tuve ningún problema, por lo menos ahora que ya los pasé a los dos acá. Al otro lo tenía como a 20 cuadras y acá me queda a 2 cuadras, así que los pasé a los dos acá. Y cuando se enferma saco turno acá nomás. Muy linda atención tengo acá, enfermeros, doctor. Me gustaba mucho la atención de la doctora generalista. Muy buenita, tenías el control y te explicaba todo, paso a paso te contaba todo, todas las dudas que tuvieras te las preguntaba. Excelente trato, bueno, hasta que se fue. Y después me pasó a otro doctor porque ella ya se iba. Y bien el trato con él, nada más que me da más vergüenza. Por ahí si me tengo que poner el DIU me da vergüenza que lo haga él, ese es el problema que tengo, pero bien.

La entrevista concluye acordando que se volverá en próximas instancias para preguntar sobre otros temas o sobre dudas que surjan de esta primera entrevista.

## **Anexo 2**

Segunda entrevista a mujer de 16 de Noviembre. Fecha: Julio 2016.

**Objetivo:**

- Profundizar la información recabada en la primera entrevista sobre la experiencia de embarazo, parto y puerperio.

**Estudiantes: ¿A qué edad te embarazaste por primera vez?**

- Tenía 20 años cuando quede embarazada y nació cuando yo tenía 21, y el segundo quede embarazada a los 23 y nació a los 24

**Estudiantes: En lo referido al embarazo (haciendo referencia al segundo hijo) en que mes te enteraste que estabas embarazada?**

- Yo me saque el DIU en agosto, me lo saque y quede embarazada, me hice el test y fui a hablar con la doctora que en ese momento era la sofí y si estaba embarazada, ahí arrancamos con todos los estudios y empecé a ir una vez al mes al CS y en los últimos meses cada una semana, todos los viernes.

**Estudiantes: ¿Cómo te atendían ahí?**

- Bien, primero me atendió la dra. X y después el Dr. X, muy linda la atención, cada duda me contestaban todas las dudas por ejemplo lo del ácido fólico y la Dra. me decía ya que no lo vas a tomar cámbialos por comida que contenga hierro como el hígado las verduras verdes, a mí no me gusta tomar pastillas por eso no podía tomarlos, me cuesta tomar estrictamente todos los días pastillas...

**Estudiantes: ¿Qué dudas y que miedos tenías respecto al parto?**

- Miedo tienen todas las mujeres, vos como mamá sabes q no todos los embarazados son iguales, aunque las ecografías salgan todo bien nunca sabes qué puede pasar después, pero miedo no tanto, siempre trate de ser positiva, porque si vemos todo negativo nos amarga siempre, y preguntas no me voy a acordar ahora, me dolía la espalda ¿qué puedo tomar? Ese tipo

**Estudiantes: Y con respecto al parto ¿qué incertidumbre te surgía?**

- Si iba a estar todo bien y si se iba a complicar

**Estudiantes: ¿Con quién hablabas de eso?**

- Siempre lo hablaba con mi pareja o mis amigas, cuando va a nacer y esas cosas me preguntaban

**Estudiantes: ¿Para qué fecha tenías?**

-Para el dos de junio y nació el siete, en la ecografía me salía el dos, la dra. me dijo el ocho y el Dr. el 5, como siempre suele nacer antes y ya habían pasado las 38 y no nacía.

**Estudiantes: ¿Y te dijeron como iba a ser el parto?**

- No, no, que mi parto iba a ser normal y listo, el miedo mío era no darme cuenta cuando rompía bolsa, o me daba miedo que esté sin el líquido la bolsa, o el miedo a que nazca a la madrugada y pensar ¿cómo hago con el más grande? Miedos que le surgen a una madre por más que el doctor te diga que estaba todo bien.

**Estudiantes: ¿Tenías obra social para este embarazo?**

- No, no con ninguno de los dos

**Estudiantes: ¿Cómo fue el parto de tu segundo hijo?**

- Yo fui a un control de los 40 semanas que se me habían cumplido , fui con la panza media dura por los nervios, fui al neo, me derivó el Dr. porque ya al cumplir las 40 semanas ellos me tienen que atender para ver si la placenta no había envejecido, fui a un control y me dejaron ahí internada porque ya estaba con seis y medio de dilatación, eran como las 12 del mediodía, me hicieron el monitoreo, le escucharon el corazón a la bebe y la doctora me hizo tacto, la obstetra de guardia, me pregunta si había tenido dilatación , fui con mi pareja y mi hijo más grande ,

**Estudiantes: ¿Cómo te sentiste?**

- Bien, bien estaba en un consultorio, todo súper bien. Después me llevaron a la guardia, entregaron el informe, me pidieron los papales del informe y ya me dejaron internada, me llevaron a la sala de parto, donde estaba con cinco chicas más, ahí adentro estábamos solas, ellos me esperaron en guardia (mi hijo y pareja) Ya cuando estas por tener te llevan al a sala de parto y ahí puede ir mi pareja.

En el parto me sentí bien, porque estaban las enfermeras constantemente ahí, había como cuatro enfermeras iban y volvían, pero casi siempre estaban ahí porque algunas mamás ya casi estaban por tener, y había una chica y un chico que eran practicantes que miraban.

**Estudiantes: ¿Que sentiste por la presencia de los practicantes?**

- En el momento del dolor no te importa si están ellos o 30 hombres más ahí... el dolor no te deja pensar. Un poco si me daba vergüenza, pero no te importa quién está en el momento. Me daba vergüenza porque había un chico y me daba vergüenza q me mire, gracias a dios el Dr. Del centro de salud no me hizo tacto ni nada porque me hubiera muerto de vergüenza (risas).

Los practicantes solamente veían lo q hacían y leían las históricas clínicas y las enfermeras le iban haciendo preguntas, como si fuera un examen.

**Estudiantes: ¿Te avisaron que ellos iban a estar con vos?**

- No me acuerdo la verdad

**Estudiantes: ¿Se presentaron las enfermeras?**

- No, no nunca dicen el nombre ni nada

**Estudiantes: ¿Y cómo te decían a vos?**

- Mamá, mamita con cariño. A ninguna la llamaban por el nombre, mama les decían casi a todas.

**Estudiantes: ¿Cuánto estuviste en la sala de parto?**

- Dos horas diez minutos que fueron las contracciones que tuve, me pasaron a parto y después de parto me volvieron a la sala de parto.

**Estudiantes: ¿Y ahí qué intervención has recibido vos?**

- Te controlaban la panza, te la tocaban y te la monitoreaban y cada tanto hacía tacto, me lo habrán hecho dos veces me lo hicieron cuando entre, se fijan la hora ellos.

**Estudiantes: ¿Te pusieron goteo, suero esas cosas?**

- Si, si el goteo me dijeron, pero no me acuerdo el nombre q le dicen ellos otro nombre le dicen ellos, apenas me dejaron en la sala de pre parto me pusieron eso, ellos me dijeron te vamos a hacer tacto y te vamos a romper la bolsa, me hacen tacto y ahí nomás rompí bolsa. Por suerte porque te meten una tijera enorme.

**Estudiantes: ¿Y cómo te sentiste en la sala de pre parto?**

- No te voy a decir bien porque la verdad con los dolores es imposible, pero me trataron bien.

**Estudiantes: ¿Notaste diferencia en el trato que tenían hacia las mujeres?**

- No a todas nos trataban por igual, a veces se enojaban cuando no hacían caso, porque ellas te piden que respires hondo y que hagas fuerza como que vas a hacer caca, porque si vos respiras mal el bebé se te sube de nuevo.

**Estudiantes: ¿Y q pasaba cuando no hacían caso?**

- Tenes que hacer fuerza, tenés que poder ya tenés cinco chicos le decían a la que estaba al lado.

**Estudiantes: ¿Como fue que te llevaron a la otra sala la de parto?**

- Me hicieron pujar, cuando ya casi estaba abajo la cabecita me llevaron en silla de ruedas a la sala de parto, ya estaban los médicos ahí ya tenían todo preparado, te sientan en la camilla y lo mismo q hacías en pre parto lo tenés q hacer acá, ellos te dicen como tenés q respirar como tenés que pujar y te van diciendo falta poco dale q es la ultima

**Estudiantes: ¿En la sala de parto quienes estaban?**

- La doctora, dos enfermeras, un enfermero q fue el q lo limpio y estaba los dos practicantes, eran varios, y a una la bañe en sangre y me dijo te vengaste (risas)

**Estudiantes: ¿Te hicieron episiotomía?**

- Yo creo que sí, que me deben haber hecho porque me hicieron los puntos, pero no me dijeron.

**Estudiantes: ¿El bebé salió con facilidad?**

-Si, si me hicieron pujar y ahí nomás salió, lo más bien, cortaron el cordón me lo pusieron encima, ahí estaba mi pareja... me había quedado sin fuerza asique no podía ver nada, estaba acostado con el bebé encima, con los pies en unos fierros, no me ataron no hacía falta, mi pareja estaba al lado mío y yo le agarraba la mano. Después de que salió el bebé sentía q me metían la mano, que me metían fierros y no sabía porque, no me habían dicho porque era un sufrimiento terrible, le preguntaba a mi pareja que me estaban haciendo, después me dijeron cuando estés por tener de nuevo un bebe deciles que tuviste una complicación, y que tuviste restos de placenta adentro. Creo que sufrí más cuando me metían la mano que cuando nació, habrán estado diez minutos o más, pero bueno son cosas que pasan.

**Estudiantes: después de eso ¿lo llevaron en algún momento al bebé?**

- Lo llevaron a ahí nomás, en la misma habitación, tienen un lugar de ellos ahí q lo miden y lo pesa y lo cambian.

**Estudiantes: ¿Te dijeron a vos lo que le hacían al bebé?**

- no, no, a mí me estaban limpiando y todo eso, mi pareja si veía

**Estudiantes: ¿y vos que sentiste cuando te dijeron eso de la complicación?**

- No nada como ya me voy a ligar las trompas ya no voy a volver, me preocupaba después sino iba a tener problemas yo con una infección, pero no me limpiaron toda, me higienizaron bien, me pasaron pervinon

**Estudiantes: ¿Te rasuraron para el parto?**

- No, no

**Estudiantes: ¿Recordás alguna frase del médico/a enfermero/a que te haya asustado, q te haya dado vergüenza?**

- No, no te trataban con lo justo y necesario, te trataban bien, pero con lo justo y necesario nada fuera de lo común

**Estudiantes: En general ¿cómo te sentiste durante todo el proceso?**

- Bien, ósea no me dijeron nada fuera de lo común y me trataron bien, me decía como tenía q hacer, q no había q gritar como tenía q hacer fuerza

**Estudiantes: ¿Te dijeron porque no había que gritar?**

-Porque vuelve a subir el bebé

**Estudiantes: Si pansas de nuevo en tu parto, ¿qué te hubiera gustado que sea distinto?**

- Que estuviera mi pareja en todo momento, desde que me internaron hasta q salí, no solo mi pareja sino alguien q este ahí porque lo necesitas y que pongas a todas las mujeres por igual la inyección

**Estudiantes: ¿En algún momento estuviste separada del bebé?**

- sí, cuando a mí me pasan a pre parto de nuevo, ahí estuve como dos horas y media sin verlo

**Estudiantes: ¿Y te dijeron que estaban haciendo con el bebé?**

- Él estaba en la incubadora, lo habían dejado ahí, no sé por qué no me habían pasado a sala, creo que escuche que no había camillas, lo escuchaba que lloraba todo el tiempo, me pasaron a pre parto y me hicieron comer, mi pareja me llevo un sandwich y un agua y yo preguntaba y mi bebe? y me decían ya te lo traemos mama.

Después me llevaron al posparto, me estaba por llevar a la sala y me desmaye, iba en la silla de ruedas y se me bajo la tensión, cuando me desperté el enfermero me tenía con la cabeza para abajo y los pies para arriba en la silla de ruedas, hasta q me pusieron en la camilla , me pusieron suero hasta q se me normalizo, después me pasaron a sala, cuando me pasaron ahí ya me llevaron al bebé.

**Estudiantes: ¿Como fue ese encuentro?**

- Bien, tranquila. Todavía no me sentía bien, pero me quería ir ya a la sala así que tenía q juntar fuerza y sacar fuerza y decirme ya estoy bien, tratar de pensar que estaba bien sino no me iba más de ahí, pero feliz, aunque todavía estaba un poco dolorida

**Estudiantes: ¿cómo se prendió de la teta?**

- Bien, las primeras horas me salía calostro

**Estudiantes: Qué te dijeron las enfermeras/os los médicos/as cuando ya estabas con tu bebe?**

- Nada, porque ya a las doctoras no la vi más, cuando me desmayé me vieron las enfermeras y fueron y me preguntaron, ¿estás bien mamá?

**Estudiantes: ¿en ese momento vos estabas sola o con tu pareja?**

- No estaba sola ya, ya después que nació el bebé él se fue volvió a la guardia no podía haber nadie ningún acompañante

**Estudiantes: ¿y necesitabas algo en ese momento vos?**

- No, no porque tenía todo, aparte tampoco te dejan estar con nadie, creo que no necesitaba nada, y ahí nomás me llevaron a la sala una vez q se me normalizo la tensión, me dieron al bebé y nos fuimos, me llevaron en silla de rueda yo lo llevaba al bebé, pero todo bien.

**Estudiantes: También nos interesa saber un poco de las condiciones de vida. Vos nos dijiste q no estabas trabajando ¿no?**

- Si yo trabajo solo que ahora estoy de licencia, yo trabajo en una casa de familia hace nueve años, voy dos veces a la semana martes y viernes, no me pagan en blanco, pero la única diferencia q tengo que no tengo la obra social, de ahí en más me pagan aguinaldo, vacaciones, el tiempo q quisiera por maternidad, yo salía a los ocho meses de embarazo porque no aguantaba más la espalda, puedo volver cuando quiera y soy una más de la casa, nunca me hicieron refregar ni nada, súper tranquilo, soy una más de la casa, está en Villa Cabrera por la clínica Caraffa, no sé cuándo voy a volver tengo ganas de volver porque ya extraño, pero el bebé me llora a cada rota no me va a dejar hacer nada así que imposible volver , pero tengo ganas de volver , por lo menos me despejaba.

Mi marido es carpintero hace más de 20 años, tiene su carpintería acá y trabaja acá y todos los muebles de la casa son hechos por él.

**Estudiantes: ¿y cómo le va con el trabajo?**

- Bien pero ahora bajó un montón, pésimo, ahora está sin trabajo, bajo muchísimo el trabajo lo hemos notado en todos lados, asique seguimos esperando las llamadas de trabajo.

**Estudiantes: ¿La casa es propiedad de ustedes?**

- Si, si es de él, hace diez años que la tiene

**Estudiantes: ¿Hay alguna necesidad que no estén pudiendo resolver?**

- Terminar la casa, se está levantando, pero imposible terminarla, si dios quiere este año la terminamos, empezamos este año a armarla, a medida que vamos ahorrando vamos comprando cosas.

**Estudiantes: ¿Cuentan con un plan social?**

- Si, si la asignación por hijo, El de maternidad lo cobré los meses de embarazo, el 28 de julio tengo q presentar los papeles del bebé y ya pasa a asignación con hijos

**Estudiantes: ¿Cómo te sentís en el barrio?**

- yo bien, ósea no como mi barrio que me conocían todos, acá solo tengo a mi cuando q vive a una cuadra que es con la que más hablo, saludos a todos, pero no hay chicas de mi edad no tengo con quien juntarme acá.

**Estudiantes: Para ir terminando, esta etapa que estas atravesando, el puerperio, ¿cómo la estas atravesando, sentís q hay algún cambio, alguna necesidad?**

- sí, mis locuras , estoy más insoportable más odiosa, y se me nota mucho , sin darme cuenta me preguntan algo y contesto mal, es que bueno lo q pasa son tres , los dos chiquitos y el grandote que poco y nada ayuda, más q nada con el tema de la casa , me pongo de mal humor, no me gusta que me hablen, aparte el bebé llega la noche te acostar y empieza a llorar y entonces me tiene hasta las tres de la mañana despierta y me cambia a mi porque me levanto a las doce, y me quiero levantar temprano a limpiar todo y no puedo, imposible. Pero bueno trato de acomodarme porque por ahí me vuelvo loca, levantarme, la rutina de la casa dos chicos, el bebé que llora todo el día solamente quiere brazos, eso me altera bastante, el más grande que no me da ni bola, me contesta, eso es lo que estoy sufriendo ahora, y bueno con mi pareja que me habla y le quiero sacar los ojos. (risas).

Yo a veces le digo a mi pareja salgamos a algún lado y me dice bueno vamos a pasar y le digo no tengo ganas (risas) yo es como que me encerré acá en la casa, tengo amigas y creo q no veo hace un ano, igual q mi cuñada si ella no viene yo no voy, me encierro mucho acá, por ahí me levanto y digo voy a ir a visitar a mis viejos y digo no tengo ganas.

**Estudiantes: En la casa de tus papas ¿quienes viven?**

- Mis viejos, mi hermano más grande, que tiene dos nenas, con la mujer esas nenas son insoportables ( risas) una tiene ocho y la otra cuatro, y cuando se juntan todos son terribles y mi mama no los deja ser , no los deja ser niños, que fíjate donde esta q aquello q lo otro y lo termino retando y mi mama va y lo apaña o mi papa que lo está odiando a los chicos porque están corriendo y gritando y te ponen así la cabeza, los tres y ahora menos quiero ir porque la más grande de mi sobrina esta encima de mi bebe y sino la dejo alzar va y llora asique evito todo y me quedo en casa no reniego con nadie y reniego sola en casa , asique bueno ese es el problema q tengo en la casa de mis viejos.

### **Anexo 3**

Entrevista a un médico del centro de salud N.º 67. Fecha: junio 2016

#### **Objetivos:**

- Recabar información pertinente para el análisis institucional del centro de salud N.º 67.
- Conocer acerca de su posición frente a la problemática de la VO.
- Indagar acerca de la estructura organizativa del CS N.º 67.

#### **Estudiantes: ¿hace cuánto trabajas en el centro de salud?**

Desde el año 92, van a hacer 24 años el primero de octubre, trabajo acá desde que me recibí, me gusta, es una elección.

#### **Estudiantes: ¿Qué nos podés contar, ya que hace tantos años que estas acá, acerca de la historia que tiene el centro de salud?**

Es un centro de salud atravesado por la miseria de la política de salud municipal, miseria porque siempre estamos peleando con el gravísimo problema de la desarmonía en la cantidad de horas profesionales que tenemos y la cantidad de gente a atender, cosa que en lo cuantitativo a emporado y en lo cualitativo a empeorada mucho más, por el tipo de problemáticas que hay, ese es como el principal problema.

Cuando digo cualitativo me refiero a los tipos de problemáticas que hay en la población.

El centro existe desde el primero de octubre del año 92 y éramos en ese entonces una enfermera y yo, y teníamos un área programática casi tan extensa como la que es hoy, después cambió. Atendíamos 16 de noviembre y Villa Cornú y después Villa Cornú pasó a depender de otro centro de salud, pero a nosotros se nos anexó Policial anexo, que es la erradicación de una de las villas más complejas de la zona de Argüello.

Nosotros al principio estábamos dos veces por semana acá y tres veces a unas cuadras en otro centro, eso pasa cuando la política no se ajusta a la necesidad de la gente sino a los aprietes que tienen de los punteros, entonces abrieron dos centros de salud uno a ocho cuadras del otro, hasta que nosotros tuvimos la posibilidad de optar y vinimos acá, de lunes a viernes, era una casilla, un cuarto grande con un baño subdividió con madera terciada de aproximadamente 1,60mt de ancho por 2,30 m de largo y así hasta que en distintas gestiones que fueron cambiando fuimos logrando que se ampliara la parte estructural del edificio, se amplió el equipo y ahora tenemos un equipo que yo creo que cualitativamente es muy bueno, pero muy bueno!! No es excelente, pero porque no podemos ser excelente porque nos supera la realidad, nos destroza la realidad, pero creo que los enfermeros, la trabajadora social, el psicólogo, son de primera, ideológicamente y personalmente, el vínculo que hay entre nosotros es excelente eso no quiere decir que seamos todos amigos, pero como funcionamos me parece que es muy bueno, lo cual no significa que haya disgustos entre nosotros.

Hace como 8 años atrás, por los reclamos, se abrió el centro de salud de Villa Cornú entonces paso Villa Cornú a depender de otro equipo y de otro centro de salud y nosotros al poco tiempo vino barrio policial anexo, es la erradicación de la villa de la costa del canal de la zona del IPB, por una cláusula que tenía el estado provincial con el ente financiador decía si ustedes inauguran el barrio tiene que ser de 300 viviendas o más tiene que ser con centro de salud con posta policías y escuela entonces el gobernador decidió inaugurar un barrio con 299 viviendas, entonces necesariamente un barrio que si bien en cuanto a la estructura edilicia era un barrio mucho mejor del que venían, tuvimos la urgencia de hacernos cargo de ese barrio, con familias numerosas con serie de problemáticas que corresponden a la situación socio económica, con esas 299 viviendas , casa de living comedor cocina y 2

dormitorios, hoy no son menor que 700 familias , porque se fue el hijo el sobrino el tío en el terreno del fondo y así sucesivamente. Policial anexo está al norte del área programática, al norte de policial anexo esta la avenida Pablo Luchesi zona de countries de Villa Allende y hay un espacio de terreno en conflicto, esa zona de conflicto se fue gente de todos los barrios, gente de Perú, de Bolivia, de Villa Páez, de muy diverso origen, a vivir en unas condiciones que yo hace mucho tiempo no veía, viven en casillas de una madera que la empujas y se caen sin luz sin agua sin gas no tienen gas no tienen recolección de basura y sufren al agresión permanente de la policial. Estos asentamientos se empezaron a gestar hace dos años aproximadamente.

**Estudiantes: En cuanto a la organización en el centro de salud ¿cómo se desarrolla?**

Yo soy el encargado, porque soy el más viejo, porque no me lo cuestionaron ninguno de mis compañeros supongo que si me lo cuestionaran dejaría de serlo, pero no porque no tenga ganas de serlo.

Nosotros, los encargados, no tenemos el cargo no tenemos la paga por la mayor responsabilidad entonces a cambio de eso hay como un arreglo interno que creo que no está escrito en ningún lado, donde tenemos la posibilidad de dedicarle menos horas asistenciales, es decir yo en lugar de trabajar 7 podría trabajar cuatro si quiero, la verdad que no trabajo siete, pero no trabajo cuatro tampoco, pero no hay otro organigrama.

**Estudiantes: ¿Cuáles son tus funciones en el centro de salud?**

Soy como si fuera el coordinador, no tengo el reconocimiento, pero nosotros funcionamos bastante democráticamente y con bastante consulta entre todos de lo que hacemos, yo al ser el más antiguo y viejo y ostentar el título de encargado me informan, a veces me consultan. Pero no me parece que tenga una función ni muy distinta ni muy relevante y seguro que no es más importante que los demás, no te voy a decir que son todos iguales acá, hay algunos compañeros que tienen más experiencia que otros que tienen una mirada más general que otros y no casualmente son más antiguos, hay una enfermera que hace mucho tiempo que esta, el psicólogo y la trabajadora social que no hace tanto tiempo que está pero tiene como una cabeza especial en el buen sentido.

**Estudiantes ¿Cómo caracterizarías a la población con la que trabajan?**

Estructuralmente pobre y abandonada por el estado, con una complejidad creciente en las realidades. Uno de los actores de riesgo de ser pobre en esta provincia es la policía que te persigue y te mata, ser pobre en general acrecienta los riesgos. una persona con algún recurso económico en esta situación puede acceder a algún servicio privado de ambulancias que dejan mucho que desear a este barrio no entra ese servicio a este barrio no sé pero a policial anexo estoy seguro que no entran, ni hablemos de 12 de julio y nueva esperanza, está bien la gente no tienen la posibilidad de pagarlo pero ponele que pudieran las ambulancias no irían y ¿a quién acuden? si no hay nadie, ni de la provincia ni de la municipalidad, el servicio 107 sirve para atender los problemas en la calle no en los domicilios , entonces se van en ómnibus, entonces si tenés a tu papa que le dio un infarto tenés q esperar el ómnibus que después de la una o dos de la mañana tenés que esperar una hora o dos.

Lo otro que hace tiempo que viene cambiando códigos es el ingreso de narcotráfico a nuestro país, me refiero a cambio de códigos porque antes cuando era chico la gente le robaba a la gente rica, ahora es todos contra todos, además de los cambios de conducta que genera el consumo excesivo de sustancias ideales, con la complicidad del estado con las políticas inútiles.

**Estudiantes: Bueno y para introducirnos en lo que sería nuestra temática ¿qué opinas sobre la ley de parto respetado?**

Para ser sincero nunca la leí, pero si te puedo decir por la experiencia personal que la realidad obstetricia es un espanto, había un médico muy admirado por mí el doctor Floreal Ferrada, fue ministro de salud de la provincia de buenos aires en dos gestiones distintas y en

una gestión en el año 84 tuvo que abandonar su puesto porque él estuvo investigando y cuestionando el alto índices de cesáreas.

El alto índice de cesáreas que hay en las instituciones sanatorias públicas y privadas de este país es uno de los índices de este maltrato, pero respecto a la ley que repito no he leído pero que alguien se le ocurra hacer una ley de parto respetado me parece una buena iniciativa aunque no creo que escribir una ley solamente pueda resolver la problemática, pero no deja de ser útil que exista la ley, me parece sumamente útil lo que están haciendo el doctor y la enfermera acá con el grupo de mujeres aunque tampoco les vaya a cambiar la realidad mucho, pero me parece que son las cosas necesarias, es un proceso muy lento pero puede llegar.

Estoy de acuerdo con el taller cambio de luna, me genera alguna duda los resultados, no sé cómo lo van a evaluar a los resultados, pero me parece que hay cosas que están bueno hacerlas, que no es lo mismo hacerlas que no hacerlas, estoy re de acuerdo que lo hagan, si creo que el impacto va a ser importante ¿no? Por ejemplo, el espacio de baile que nosotros tenemos acá no va a impactar fuertemente sobre las mujeres que participan ¿no?, pero me parece que está bueno que esté. Como sugerencia al taller cambio de luna digo que a tener más impacto cuando tenga continuidad, estoy seguro que si esto lo siguen haciendo a lo largo de algunos años, va a tener más impacto, lo otro es que nosotros no hacemos parto, nosotros atendemos a la mujer durante el control pre natal y después, entonces hay un actor importante que son los equipos de salud hospitalarios, que si alguna vez ocurriera el milagro que pudieran articular con ellos para lograr alguna modificación seria como un deseo que tiene cierta lógica pero no sé si es muy posible. Los peores sin dudas son los médicos, pero las enfermeras son cómplices en los hospitales, esto es lo que cuentan las pacientes no lo digo yo. Las mujeres vienen y me dicen me hicieron la cesárea porque no bajan el bebé, por ejemplo, ¿qué les vas a decir? nada...

Hay un montón de cosas del orden biomédico que no se deberían hacer, la episiotomía, la inducción del parto tienen una indicación, el parto horizontal la única explicación es que le queda cómodo a los médicos.

**Estudiantes: ¿Estas interesado en participar el algún taller?**

No me parece necesario porque están el doctor y la enfermera, así que no me parece importante que yo este, confió en los dos.

**Estudiantes: Taller de salsa, contamos un poco de que se trata.**

El origen del taller tiene que ver que se repetían en las consultas individuales o en las problemática individual, entonces si se repite la misma consulta individual porque abordarla individualmente y en este caso era mujeres jóvenes con sobre peso y obesidad, mujeres hombres y niños, entonces ante la propuesta de que haga dieta y gimnasia donde no hay ningún gimnasio donde si hay es pago y además no cuentan con tiempo, a mí me gusta mucho bailar asique me pareció que atreves del baile se podía hacer una actividad que era como una caricia al alma y que uno podía transpirar un poco y con la esperanza que sea motivador para hacer otras cosas, además de que es divertido, entonces yo lo daba durante tres años fuera de hora, se hacía en un espacio de jardín municipal de Villa Cornú en la época que Villa Cornú era área programática nuestra, a final del año pasado lo retomamos, con la fortaleza que tenemos un equipo de música propia, los viernes de 10 a 11.

**Anexo 4**

Guía para abordar la consulta por embarazo. FECHA: octubre 2016

<p><b>SI ESTÁS EMBARAZADA TENÉS DERECHO a un EMBARAZO Y PARTO RESPETADO.</b></p> <p><b>La ley 25.929 dice que TODAS LAS INSTITUCIONES DE SALUD, PÚBLICAS Y PRIVADAS TIENEN LA OBLIGACIÓN DE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>TRATARTE con RESPETO SIEMPRE</b> (cuando te hablan, explican, preguntan, responden, etc.).</li> <li>• <b>INFORMARTE TODO SOBRE TU EMBARAZO Y PARTO</b> (los cambios en tu cuerpo, en tu bebé, lo que puede suceder, las opciones que hay: vos tenés derecho a elegir cómo parir).</li> <li>• <b>TRATARTE COMO UNA PERSONA SANA</b> (el embarazo no es una enfermedad)</li> <li>• <b>INFORMARTE de los EFECTOS del tabaco, alcohol y drogas SOBRE TU BEBÉ</b> (tenés derecho a saber para poder elegir).</li> <li>• <b>INFORMARTE Y ASESORARTE sobre los CUIDADOS para VOS y para tu BEBÉ</b> (tenés derecho a saber para poder elegir).</li> </ul> <p><b>VOS SOS LA PROTAGONISTA DE TU EMBARAZO Y TU PARTO</b></p>	<p><b>Algunas preguntas para pensar y charlar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>¿Cómo estás viviendo este embarazo?</b></li> <li>• <b>Si tuviste otro/s parto/s ¿cómo fue/ron?</b></li> <li>• <b>¿Cómo te gustaría que sea este parto?</b></li> <li>• <b>¿Alguna vez pensaste cómo naciste?</b></li> <li>• <b>¿Alguna vez pensaste cómo nació tu mamá, tu papá, tu abuela o tu abuelo?</b></li> </ul> <p><b>VOS SOS LA PROTAGONISTA DE TU EMBARAZO Y PARTO</b></p>
---	---