



facultad de ciencias
sociales



UNC

Universidad
Nacional
de Córdoba

LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL

¿QUÉ ES PARA VOS EL DERECHO A DECIDIR?

**CENTRO DE SALUD N° 57
IPV ARGÜELLO**

PROFESORAS

PEÑA BARBERÓN, MAYRA
BOSIO, MARÍA TERESA

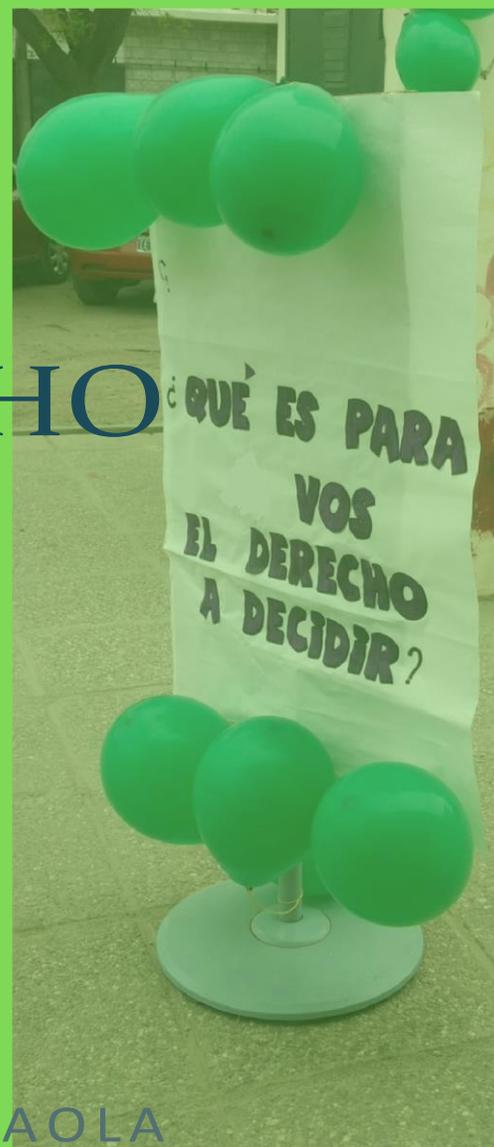
MACHINANDIARENA, ANA PAOLA

AUTORAS

CORIA, GABRIELA DE LA SALETTE
HEREDIA, CAROLINA DEL VALLE
TELLO, VERÓNICA DEL VALLE

TESINA DE GRADO

CÓRDOBA, 2023



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL

TESINA DE GRADO

¿QUÉ ES PARA VOS EL DERECHO A DECIDIR?

CENTRO DE SALUD N°57- ARGÜELLO IPV

-Profesora de Intervención: Peña Barberón, Mayra

-Orientadora temática: Bosio, María Teresa

-Profesora de Sistematización y redacción: Machinandiarena, Ana Paola

Autoras:

Coria, Gabriela de La Salette DNI: 36.125.889

Heredia, Carolina Del Valle DNI: 25.754.289

Tello, Verónica del Valle DNI: 30.986.134

Febrero de 2023

Agradecimientos

A nuestras familias por el apoyo incondicional.

A los compañeros y amigos que nos acompañaron en nuestros trayectos por la carrera.

Al personal del Centro de Salud N°57, en especial a Stella y Bety por recibirnos con los brazos abiertos y ayudarnos en el proceso de intervención.

A los profesores que marcaron nuestras vidas.

Y a la Universidad Pública

Índice

Agradecimientos	p.2
Prólogo por Morel, Stella	p.5
Introducción	p.7
Capítulo I: Caracterización de la Temática y Posicionamientos	p.10
I- 1- La Salud Sexual en el Marco de los Derechos Humanos: Los Feminismos y Su Lucha Por el Acceso al Aborto	p.10
I-1-a- Actores por el Derecho a Decidir y su Incidencia en la Atención Primaria de la Salud	p.15
I- 2- Las políticas públicas referidas a los derechos sexuales y (no)reproductivos en Argentina: leyes y programas	p.16
I-2-a- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable: Historia, Objetivos	p.23
I- 3- El campo de Salud, Sus Niveles de Atención y Las Perspectivas de Abordaje Referidas a Los Derechos Sexuales: Tensiones, Disputas y Avances	p.27
I- 3- a- El dispositivo consejerías en la SS y (no) R como garantía de autonomía	p.29
I- 3-b- Caracterización y Trayectoria del Sistema de Salud Municipal. La Dirección de Atención Primaria de La Salud (DAPS)	p.31
I- 4- Actores Conservadores en el Campo de Las Sexualidades. Estrategias de Obstaculización de Los Derechos en El Campo de La Salud	p.35
I- 5- Reflexiones en torno a la lucha por los derechos y su impacto en el campo de la salud	p.37
Capítulo II- Campo de Intervención	p.39
II- 1- El Barrio IPV Argüello: Redes y Organizaciones que lo Habitan	p.39

II- 2- Centro de Salud N°57-Argüello IPV	p.44
II- 2- a- Abordajes Interdisciplinarios en el Campo de la APS: el Rol del Trabajo Social	p.47
II- 2 -b- Funcionamiento del PNSSyPR en el Centro de Salud N°57	p.50
II- 2- c- Ley 27.610 y su Implementación en el Territorio; Logros y Dificultades	p.52
II- 3- Sujetos de Intervención- Conceptualización, Cambios y Discursos	p.54
Capítulo III- Articulación con los Espacios de Intervención	p.63
III- 1- Intervención Como Abordaje de lo Comunitario	p.63
III- 2- El Acceso a la Salud Sexual en el Centro de Salud: Las Miradas de las Mujeres y los Equipos Acerca de la Implementación del Programa.	p.65
III- 2- a- Resultados del trabajo de campo sobre el acceso a la salud sexual por parte de la población	p.67
III- 2- b - Mirada de los profesionales: entrevistas	p.70
III- 3- Estrategia de Promoción- Intervención en el espacio público	p.74
III- 4- Estrategia de trabajo en red- Participación en la Radio Rimbombante	p.79
III- 5- Reflexiones sobre el trabajo en territorio	p.88
Conclusiones	p.90
Referencias bibliográficas	p.95
Anexo	p.115

Prólogo

“El cielo estrellado de la noche recordaba el espacio de la libertad”

Liliana Bodoc

¿Qué es para vos el derecho a decidir? ¿Qué es para vos una vida sin violencias?

Preguntas que se llenan de rostros, gestos, historias, decires y sentires de una diversidad de mujeres que se acercaron a conversar algunas mañanas con el equipo de salud. “Se llenan” es una manera de decir, porque sabemos que la singularidad es infinita, única, impredecible, bella y nunca se acaba.

El presente trabajo final de tesis atraviesa el desafío de narrar una tarea esencial en salud: la promoción del derecho a decidir sobre nuestros cuerpos, vidas y proyectos. Una dimensión de la tarea en salud que requiere de conocimientos disciplinares e interdisciplinares, despliegue de estrategias integrales, análisis de las intervenciones, estudios de los contextos donde se desarrollan las prácticas de salud.

Recorriendo el presente trabajo observamos la relevancia que cobra el territorio en el primer nivel de atención de salud, cómo la proximidad de la vida cotidiana de les usuaries y organizaciones atraviesan los marcos institucionales de los equipos de salud, cómo los vínculos sostenidos en el tiempo entrelazan historias de vida de las personas y agentes de salud en espacios territoriales que se comparten y se habitan. Cuando todo esto sucede -y podemos apreciarlo- las categorías biomédicas no resultan suficientes para comprender la realidad de la experiencia de padecimiento, enfermedad, problema de quien/es consulta/n en el centro de salud. Se hace necesario integrar un concepto de salud enfermedad como proceso, donde la categoría de “salud ampliada” involucra aspectos que exceden los específicamente fisiológicos, biológicos e individuales, como lo son la realidad económica, social, cultural, familiar de les sujetos con quienes trabajamos. Por otra parte, la idea de proceso recupera la dimensión de los recursos, estrategias y capacidades de luchar, de construir salud de las personas y las comunidades.

La presencia de estudiantes de la UNC en la vida cotidiana de un centro de salud y en un barrio es motor de intercambio de saberes, conocimientos, experiencias. Al equipo de salud y a la

comunidad le llueven preguntas que son oportunidad para revisar, reflexionar y/o buscar otros sentidos y caminos de aquellas prácticas de salud ya instituidas y establecidas, se activa también la capacidad de asombro y observación de la realidad cotidiana, se agudizan los análisis de los contextos y condiciones en los que se ejecutan las políticas públicas.

¿Qué sucedió con el acceso a los métodos anticonceptivos en pandemia?

¿Qué es el placer para vos?

¿Qué es el amor romántico?

Preguntas que pueden ser oportunidad para introducir “rompe rutinas” necesarios para la vida y crecimiento de las instituciones y agentes que llevan adelante las políticas sanitarias. En este sentido, la realización de la presente tesis en el Centro de Salud en el campo de la salud sexual y no reproductiva permitió analizar la matriz heterosexual que permea la construcción de conocimientos y organiza la institucionalidad. También permitió visibilizar que la salud sexual no sólo es prevenir patologías, prevenir embarazos, delitos sexuales, sino que es fundamentalmente fuente de placer, afectos y que hay diversas formas de vivir el propio cuerpo, de construir relaciones afectivas, que contempla derechos como el acceso a la información y ejercicio de autonomía para la toma de decisiones. Porque la construcción de discursos y prácticas no es neutral y transcurre en un campo de disputas de saberes, valores sociales y culturales que legitiman ciertos cuerpos/prácticas/deseos. El aporte de las teorías feministas y de los movimientos sociales disidentes ponen en evidencia la multiplicidad de versiones sobre la salud sexual y no reproductiva que pueden acontecer y que moldean cuerpos, concepciones, deseos, identidades.

Celebro profundamente haber transitado como trabajadora social de atención primaria de la salud parte de la pandemia por COVID- 19 con la UNC presente en el barrio y en el centro de salud inventando y buscando permanentemente lazos e hilos para construir y reconstruir el tejido social, acompañando procesos de toma de decisiones individuales y colectivos de manera informada, denunciado injusticias de contextos que generan desigualdades, compartiendo rondas de salud con usuaries, participando de luchas y proyectos comunitarios.

Morel, Stella
Trabajadora social

Introducción:

El trabajo final da cuenta de un proceso de intervención realizado en el marco del 5to nivel de formación de la carrera de Trabajo Social. Nuestro objeto se refiere al acceso de los derechos sexuales y (no) reproductivos¹ en el primer nivel de atención (APS). El espacio elegido fue el Centro de Salud N°57 que se encuentra ubicado en el Barrio IPV-Argüello, de la Ciudad de Córdoba. En este espacio, realizamos intervenciones en el marco del período de pandemia por Covid-19² para colaborar con la reactivación de actividades en el marco de los DSy(no)R que fueran interrumpidas durante el periodo de aislamiento.

Nuestros objetivos en este proceso es analizar la situación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) en el centro de salud mencionado, reanudar las actividades referidas a los Derechos Sexuales y (no) Reproductivos, visibilizando la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo 27610, utilizando para ellos las redes existentes en el territorio. La intervención preprofesional se desarrolló desde junio de 2021 hasta diciembre del respectivo año. Procuramos identificar actores intervinientes, sujetos, marco normativo, estrategias y planes de acción desarrollados. Además, hacer mención a las dificultades surgidas del contexto en el cual nos encontrábamos insertas.

Realizamos nuestro análisis teniendo en cuenta cuatro categorías conceptuales que guiaron y atravesaron todo el proceso de intervención. La primera corresponde el movimiento feminista como actor; la segunda es ciudadanía sexual (Di Marco, 2012); la tercera corresponde a la interseccionalidad (Corpas Figueroa, 2020), entendiendo la complejidad y diversidad de factores que atraviesan y pertenecen les sujetos; y la última categoría corresponde al concepto de comunicación popular (Navarro Nicoletti, 2017). Como así también en todo el trayecto se despliegan las nociones de Derechos Sexuales Reproductivos y (no) Reproductivos.

Es necesario hacer mención a la importancia de la Ley 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en todo nuestro trayecto como estudiantes y la significación que tiene esta conquista en cuanto a derechos disputados y ganados. Por este motivo, escribimos a lo largo de

¹ En adelante se abreviará dicho término así: DS y (no) R.

² La enfermedad por coronavirus (COVID-19) es una enfermedad infecciosa provocada por el virus SARS-CoV-2

los tres capítulos apartados específicos que responden a intervenciones pensadas exclusivamente en alusión al tema y en correspondencia a los derechos sexuales no reproductivos.

En el primer capítulo, presentamos el recorrido histórico acerca de las olas del feminismo, un movimiento que consideramos esencial en este proceso de lucha, de visibilización y en la generación de un nuevo discurso. Asimismo, esta contextualización histórica es abordada desde la evolución del movimiento feminista en América Latina y, por ende, en Argentina. En ese sentido, articulamos las demandas del movimiento y como atraviesan el campo de la salud integral identificando los enfoques y posicionamientos presente de los sujetos desde distintas perspectivas y el marco normativo vigente en nuestro país y en la provincia de Córdoba. Además, para situarnos en la realidad local realizamos una reconstrucción del sistema de salud en la Ciudad de Córdoba.

En el segundo capítulo, analizamos el escenario de intervención de nuestras prácticas. Desarrollamos una descripción del centro de salud N°57 con su historia, antecedentes y protagonismo dentro del barrio. Haremos especial mención al trabajo de los profesionales a través de un abordaje interdisciplinario y el trabajo comunitario. Además, se destaca una red interinstitucional con organizaciones fuera del territorio como la participación de parte del equipo en la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir que garantiza el acceso a Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) y la articulación con la Dirección de Atención Primaria de la Salud (DAPS).

En nuestro tercer y último capítulo nos enfocaremos en el trabajo realizado por el equipo de estudiantes en el territorio teniendo en cuenta que la intervención se realizó durante el contexto de pandemia por COVID 19. Partimos de una demanda explícita del centro de salud, llevando a cabo técnicas de recolección de datos, como entrevistas y encuestas, para conocer las percepciones acerca de la implementación del PNSSyPR que tuvieron los profesionales y los usuarios del mismo; y contrastamos los resultados con un monitoreo de políticas de salud reproductiva en Argentina desarrollado por la organización Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA).

Además, nos extendemos sobre la intervención desde el Trabajo Social y desde la cual nos posicionamos para abordar el recorrido de nuestro proceso de intervención, las estrategias

pensadas y desplegadas en el territorio como así también las que ya estaban presentes en el trabajo interdisciplinar y comunitario de los profesionales del centro de salud y nos permitieron realizar los planes de acción diseñados para cumplir los objetivos de esta tesis.

En un último apartado, damos cuenta de nuestras reflexiones finales acerca del proceso realizado exponiendo todo nuestro análisis a lo largo de este trabajo, recorrido con idas y vueltas, tensiones y crecimiento grupal y personal.

En la redacción del trabajo usaremos lenguaje inclusivo, expresado con el uso de la e, como manera de no invisibilizar a las diversidades. En correspondencia con el posicionamiento político e ideológico que sostenemos, reivindicamos nuestro compromiso por la deconstrucción del binarismo hombre/mujer para abrir posibilidades a la pluralidad de identidades, comprendiendo que lo no se nombra reviste carácter de ausente y por ende silencia y oprime a las personas que no se ajustan a los mandatos heteropatriarcales (Lagneaux, 2017).

Esta postura es acompañada y compartida por la UNC que reconoce las violencias que imprime la negación, el peso de las palabras y los prejuicios que acompañan en los procesos comunicativos. Por este motivo, especifican una Guía de Recomendaciones para una Comunicación No Sexista e Inclusiva, material que tuvimos presente en el proceso de escritura (Ahumada, 2022).

Capítulo I: Caracterización de la Temática y Posicionamientos.

I- 1- La Salud Sexual en el Marco de los Derechos Humanos: Los Feminismos y Su Lucha Por el Acceso al Aborto

Soldevila (2020), caracteriza el feminismo de la primera ola centrado en los derechos políticos y civiles. La demanda del movimiento era por el acceso al voto y lucha por la ciudadanía y la educación, estando situada en el Siglo XIX y principios del siglo XX.

La llegada de la segunda ola, comprende el período desde la mitad del Siglo XX hasta la década del 90; establece la lucha por los derechos sociales, las reivindicaciones por el ejercicio pleno de la sexualidad, las desigualdades percibidas en distintos ámbitos de la vida como la esfera del trabajo, etc., visibilizando las relaciones de poder que ejerce el patriarcado³ (Soldevila, 2020). En este período, el movimiento feminista empieza a reconocer las diferencias y particularidades de cada una. No pretenden hegemonizar a los sujetos, sino aceptarles desde la diversidad y singularidad, reconociendo a las lesbianas, trans, no binarias⁴, mujeres negras, etc. (Suarez Tomé, 2019).

Desde de la década del 90 en adelante, se considera que nos encontramos en una tercera ola, en la cual el feminismo se encuentra atravesando un período de estancamiento y disgregación. Aquí aparece el feminismo radical, donde no se disputa sólo el espacio público, es decir igualdad en el trabajo, sino que se busca transformar el espacio privado. Esta transformación engloba desde las políticas públicas, que reivindican a la mujer, hasta el fin del patriarcado visibilizando la violencia de género y la decisión sobre los propios cuerpos, obteniendo gran importancia el uso de anticonceptivos. Se produce una radicalización de las protestas multiplicando los espacios de organización (Biswas, 2004).

Hay autores que dicen que actualmente estamos atravesando una cuarta ola. Esta asienta sus bases teóricas en la lucha contra las formas de violencia hacia la mujer, incluida la violencia sexual y la prostitución. Cobo (1994) como se cita en Aguilar Barriga (2020), refiere que la violencia es un problema crónico y global de las mujeres, que la invade tanto en países ricos

³ Patriarcado: un sistema social en que los hombres tienen el poder, la autoridad y el control.

⁴ No binarie: se aplica a todas las personas que no se perciben ni masculinas ni femeninas.

como pobres, convirtiéndose en un poderoso mecanismo de control social que impide a las mujeres apropiarse del espacio público cómo hacer uso de su autonomía y libertad.

En oposición a la ola anterior esta tiene un impulso hacia delante sacando al feminismo a las calles y haciéndolo un movimiento de masas contra la violencia patriarcal, tomándola en un sentido amplio, que engloba la violación, el acoso, el maltrato, los femicidios, la desigualdad económica y laboral, la pornografía, la prostitución y la trata de personas. La fuerza que tiene este movimiento de lucha se encuentra vigorizado por la incorporación de mujeres jóvenes, como se evidencia en el Movimiento Ni Una Menos (Aguilar Barriga, 2020). La difusión de las actividades y de los discursos utiliza las nuevas tecnologías y redes sociales para una mayor llegada a la sociedad.

En Latinoamérica, este proceso del feminismo se puede distinguir en cinco etapas, las mismas no corresponden al mismo periodo histórico de las olas de Norte América. Suarez Tomé (2019) identifica el surgimiento de la primera etapa a fines del siglo XIX de forma poco organizada teniendo en cuenta el proceso inmigratorio y los procesos de independencia de los países. Mientras que la segunda, se caracteriza por la lucha por el acceso de las mujeres a los derechos políticos, económicos y al voto femenino, esta etapa se corresponde a la primera ola, pero en diferente periodo histórico, a principios del siglo XX aproximadamente.

En lo que se corresponde a la tercera etapa, desde 1950 a 1970, podemos caracterizarla como una etapa de silencio donde las mujeres incrementaron su participación en movimientos populares y partidos políticos, pero la lucha feminista no era parte de la agenda de estos, sumado que se vivieron periodos regidos por gobiernos militares donde no había libertad de expresión de ningún tipo para les activistas y recién con el retorno de la democracia en los años 80 se tomó como tema organizador la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), recogiendo los aportes conceptuales de feministas de la segunda ola. Pero, aunque esta discusión ya se encontraba instalada se manifestó con mayor fuerza en la cuarta etapa en los años 90. Esta etapa se caracteriza por el crecimiento del movimiento de mujeres en toda América Latina y la radicalización de las consignas feministas, tomando impulso en los Encuentros Nacionales de

Mujeres y en el ámbito económico (Suarez Tomé, 2019). Los feminismos se pronuncian disidentes, decoloniales, antirracistas y antipatriarcales⁵.

La historia del feminismo en Argentina tiene sus orígenes a fines del siglo XIX e inicios del XX, en una sociedad en la que las mujeres actuaron, trabajaron, y no sólo se dedicaron a las tareas de cuidado y reproducción cotidiana, sino que opinaron e influenciaron la vida política. La adhesión temprana al feminismo de las mujeres socialistas impulsó la lucha por la supresión de la inferioridad civil, mayor educación, el auxilio a las madres desvalidas y la cuestión del sufragio (Barrancos, 2014).

Sin embargo, los discursos que circulaban entre los sectores conservadores que formaban el gobierno de Isabel Perón⁶ y la dictadura militar se relacionaban al lento crecimiento demográfico y la necesidad de poblar el territorio. Por este motivo, las políticas de carácter pronatalistas implementadas buscaron aumentar la tasa de natalidad, como, por ejemplo: la prohibición de venta de anticonceptivos y la promoción educativa de prácticas sanitarias (Aizenberg et al, 2002).

Los debates sobre los DS y (no) R como derechos de las mujeres comienzan a cuestionarse en nuestro país con la vuelta de la democracia en 1983, específicamente a partir de los Encuentros Nacionales de Mujeres (ENM) en 1986. En un principio en estos encuentros participaba un grupo reducido de asistentes, con el correr de los años, se transformó en un evento multitudinario que reunió desde mujeres organizadas hasta autoconvocadas (Herrera, 2017).

La agenda de los DS y (no) R se fortalece en las conferencias internacionales que se realizaron en Beijing y El Cairo en los años 1994 y 1995, colocando en el centro del debate a las mujeres y sus derechos respecto de la sexualidad y reproducción (Aizenberg et al, 2002) acompañado por la ampliación de representación femenina en las Cámaras Legislativas y las movilizaciones que impulsan los movimientos de mujeres/feminismos.

El nuevo milenio en Argentina muestra cómo la incursión de nuevos feminismos enriquece la agenda incorporando nuevas demandas. Martínez (2018) expresa que: “Desde el

⁵ Los feminismos están en desacuerdo con el patriarcado y están en desacuerdo con la política y en muchas ocasiones la desafían.

⁶ Isabel Perón, como fue conocida públicamente pero su nombre es María Estela Martínez Cartas. Nacida en La Rioja en 1931. Política argentina, presidenta de la República Argentina entre 1974 y 1976.

Encuentro Nacional de Mujeres (ENM) de Salta en 2002, hizo visible la participación de piqueteras, asambleístas, sindicalistas, como nuevas expresiones del activismo de mujeres que comenzaban a reconocerse desde los feminismos” (p. 176). Este feminismo popular busca articular sus demandas bajo “tres derechos fundamentales”: el trabajo digno, la lucha en contra de la violencia hacia las mujeres y la legalización del aborto.

En el año 2002 se aprueba la ley 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable⁷. El Estado toma la demanda del movimiento feminista y asegura mediante una política pública el acceso a estos derechos; los cuales los entendemos como un estado general de bienestar, mental y social que implica la capacidad de disfrutar una vida sexual y de la procreación, y como sólo como ausencia de enfermedad. Este conjunto involucra lo reproductivo, sus funciones y procesos. Todas las personas deben poder acceder al derecho a recibir información completa y clara y a métodos anticonceptivos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, así como también a una adecuada atención que permitan embarazos y partos sin riesgo (Zamberlin, 2004).

El término “derechos sexuales y (no) reproductivos” hace referencia a los derechos relativos a la seguridad en el embarazo, parto, puerperio, fertilización asistida, los derechos de tener -o no- hijos y a vivir una sexualidad sin discriminación, coerción o violencia.

En palabras de Brown (2008):

Los derechos reproductivos ponen el énfasis en el primer aspecto, el reproductivo, pero se supone que incluye el segundo: la no reproducción. Para que ambas significaciones se visualicen rápidamente, pongo el (no), entre paréntesis. De allí mi preferencia por la denominación “derechos (no) reproductivos y sexuales (Brown, 2008, p.4).

Dentro del campo de la salud, citando a Aaman y Videla (2018), podemos analizarlo desde dos enfoques: el primero es desde un enfoque biologicista⁸, vinculada con la capacidad de reproducción, la genitalidad, y la transmisión de enfermedades. En esta perspectiva se conceptualiza a los sujetos de manera individual y aislada, despojados de historicidad, sin

⁷ En adelante se abreviará con la sigla PNSSyPR.

⁸ Enfoque biologicista: que considera la sexualidad como una etapa que comienza con los cambios físicos.

considerar el contexto social, cultural y político particular en el cual se encuentran insertes. Las actividades consisten en la entrega de métodos anticonceptivos y controles médicos (Aaman y Videla, 2018).

El segundo enfoque se comprende desde el abordaje integral, el cual incluye la perspectiva de género, las dimensiones socioculturales, el derecho al placer y las elecciones sexuales diversas; donde los sujetos destinatarios son sujetos activos insertes en un contexto sociocultural específico, que tienen autonomía para tomar sus propias decisiones (Aaman y Videla, 2018). Este abordaje propone diversas estrategias y acciones que involucren un abordaje pedagógico, participativo, en el cual se realicen talleres, consejerías, etc.

Di marco (2012), aporta a la conceptualización de la salud sexual, reproductiva y no reproductiva afirmando que es un derecho esencial. Los DS y (no) R comprenden el derecho al placer sexual, a la autonomía de las personas para tomar decisiones acerca de su sexualidad, su cuerpo y su reproducción. Este tipo de derechos, se consideran una parte de los derechos sexuales, esto conlleva el reconocimiento del valor de la sexualidad para la realización en la vida personal, independientemente de los fines reproductivos o no reproductivos. Lo expresado se enmarca en el concepto de ciudadanía sexual⁹. La misma intenta hacer visible el desbalance de derechos existente entre los géneros, que bajo una cultura patriarcal que deja en posición inferior a los individuos que no se ajustan a la masculinidad hegemónica de hombre blanco, de clase media - alta y heterosexual; y se encuentran atravesados por relaciones de poder y construcción de significados sociales y culturales.

Nos posicionamos desde el término ciudadanía sexual, en el marco de la agenda de los feminismos a favor del pleno ejercicio de los derechos sexuales, resaltando los derechos no reproductivos como parte esencial de una vida sin violencia. Por ello, consideramos necesario romper con los mandatos culturales heteropatriarcales de sociedades capitalistas y coloniales, en donde los discursos contrahegemónicos forman parte de cambios culturales, resignificando nuevos sentidos y discursos que se gestan en lo cotidiano (Di Marco, 2012).

⁹ Ciudadanía sexual: es un concepto que busca articular el reconocimiento social y jurídico de las diversas identidades, prácticas sexuales y la aplicación universal de los derechos.

La sexualidad de las mujeres es vista únicamente de manera reproductiva, imponiendo los imperativos como la obligación de maternar desarrollando gran parte de las tareas de reproducción cotidiana, relacionadas al trabajo doméstico y de cuidado; y la reproducción social, es decir actividades dirigidas a la socialización de sus hijos, transmitiendo los patrones de conductas aceptados (Jelín, 2010). Mientras las mujeres y cuerpos gestantes comparten el espacio de lo privado, los varones ocupan el espacio público, lo productivo. El patriarcado se sostiene y reproduce a través de dos pilares que son la división sexual del trabajo y la socialización de géneros (Crosetto et al, 2013), lo que coloca en una posición desfavorable y desproporcionada a los cuerpos feminizados.

Foucauld (1992 citado en Viaña, 2004) explica que el poder impregna nuestros cuerpos de una forma relacional ya que se vivencia en todas las relaciones sociales, pero de manera no igualitaria. Estas se encuentran intrínsecamente vinculadas con otros tipos de relaciones como son las económicas, culturales, simbólicas, sexuales, etc., recreando y generando condiciones de desigualdad; que no siempre son percibidas de manera negativa o de opresión, sino que es posible concebirlas de manera positiva. Esta concepción produce discursos que son aceptados, no cuestionados y configura mandatos de lo que está permitido y prohibido.

I-1-a- Actores por el Derecho a Decidir y su Incidencia en la Atención Primaria de la Salud.

Los feminismos y otros movimientos populares, articulados con los trabajadores de la salud y la justicia, partidos políticos y actores críticos, han generado estrategias para garantizar el acceso a la salud sexual reproductiva y (no) reproductiva¹⁰ en los territorios (Bosio y Crosetto, 2020).

Los profesionales de la salud se constituyen en un actor relevante dentro del campo de la SSR y (no) R, ya que incorporan este debate político dentro de las instituciones de salud para transformar sus abordajes hegemónicos y posibilitar prácticas desde una perspectiva de derechos con un enfoque integral de la salud (Bosio y Crosetto, 2020). Michel y Navarrete (2015), describen y analizan cómo surge la Red de profesionales por el Derecho a Decidir, las cuales intervienen respetando las decisiones de las mujeres y personas gestantes que deciden interrumpir un embarazo y garantizando el ejercicio de ese derecho. Su trabajo en red acompaña

¹⁰ En adelante se abreviará con la sigla SSR y (no) R.

a las mujeres y/o personas gestantes que deciden no parir, en el reconocimiento de la maternidad como una elección y no como un mandato social, para llevar a cabo esta articulación asocian sus conocimientos y percepciones al activismo militante (Bosio y Crosetto, 2020).

Nuestra intervención centra la mirada en las acciones de los diferentes actores que repercuten en la Atención Primaria de Salud¹¹ (APS) como campo de disputa y tensiones para lo cual reconocemos que esta forma de intervención tiene como principio el cuidado esencial de la salud como métodos científicos y tecnologías aceptables y accesibles a toda la comunidad, integrándoles a través de una participación plena donde prevalezca la autodeterminación e independencia. Este se constituye en el primer nivel de contacto de los sujetos con el sistema sanitario nacional.

Las características propias de las APS facilitan la capacitación de los profesionales en salud comunitaria y familiar que les permite construir una mirada más inclusiva, fomentando la participación de la comunidad, constituyéndose un modo de pensar y hacer diferente al modelo hegemónico de salud. Esta concepción tiene su origen en un enfoque de derechos, que posiciona a los sujetos como protagonistas de sus propios procesos, con autonomía y libertad de elección.

Otre de los actores relevantes está conformado por “Socorristas en Red -feministas que abortamos y la Organización de la Sociedad Civil Católicas por el Derecho a Decidir. El primero es una articulación de colectivas de Argentina que dentro de la red se ocupan de dar información y acompañar las interrupciones del embarazo de manera segura y cuidada. La misma está compuesta por diversos actores como heterogéneas activistas, colectivas y grupos feministas, los movimientos sexo-genéricos, investigadores, profesionales de salud y sujetos de otros sectores sociales (Socorristas en Red, 2021). El aporte de la segunda organización, estuvo centrado en la formación y capacitación de los efectores de salud, mediante cursos de posgrados, talleres, como así también en la participación activa de la campaña por el aborto legal, seguro y gratuito (Católicas por el Derecho a Decidir, 2011).

I- 2- Las Políticas Públicas Referidas a los Derechos Sexuales y (No) Reproductivos en Argentina: Leyes y Programas

¹¹ APS: es un tipo de atención médica esencial accesible para todos los individuos y familias de la comunidad, con una participación plena y a un costo accesible para el país.

Nos proponemos en este apartado repasar los diferentes marcos normativos (nacionales, provinciales y municipales) que atraviesan los DS y (no) R y como el Estado por medio de estas ha generado estrategias para su acceso. Según Danani (2009), las políticas sociales son “un proceso sociopolítico, institucional, económico y cultural, en el que se construyen el trabajo y la política y en el que una sociedad define los sujetos, objetos y medios legítimos de satisfacción de las necesidades” (p.36).

Los primeros antecedentes de políticas públicas, en torno al campo de la Salud Reproductiva estuvieron destinadas al control del crecimiento demográfico de los países. Retomando a Zamberlin (2004), estas políticas se desarrollaron con más énfasis entre los años 1960-1980 y estaban principalmente dirigidas a sectores populares de países subdesarrollados. Las mismas no eran impulsadas desde una perspectiva del acceso a derechos, sino que buscaban controlar el crecimiento de la población, dado que el mismo se consideraba un obstáculo para el desarrollo económico y social. Es por ello que desde estos programas se llevaron adelante diversas prácticas que atentaban contra los derechos de las personas, especialmente de las mujeres, podemos citar como ejemplo las esterilizaciones forzadas y la imposición de métodos anticonceptivos, entre otros.

En Argentina las organizaciones de mujeres y actores de la sociedad civil disputaron simbólicamente, desde la vuelta de la democracia, la lucha por los derechos sexuales y reproductivos significando el retorno de estos actores con un cambio notable de posiciones epistémicas¹² y sobre todo de agenda, gracias a la crítica aportada por la Segunda Ola – movimiento que había profundizado las transformaciones reclamadas por el feminismo, especialmente en Estados Unidos y Europa, en los años 1960 (Barrancos, 2014), aunque estos fueron tardíamente incorporados a la agenda política nacional, reclamando el acceso gratuito a los anticonceptivos.

La Dictadura Militar impuesta en nuestro país desde el año 1976 a 1983, prohibió el uso de anticonceptivos, tal como lo describe el Ministerio de Salud en el Informe sobre el Programa Nacional de Sexualidad y Procreación Responsable (2011), y recién a partir de los 80 comenzaron a venderse estos recursos en las farmacias. “Esto significó la posibilidad de acceso

¹² Posiciones epistémicas: son tomas de posturas sobre los problemas del conocimiento, a partir de los cuales se conoce la realidad, los fundamentos teóricos que permiten la problematización del objeto de estudio.

para los sectores sociales con información y dinero para adquirirlos. Sin embargo, esto mantuvo la segregación de quienes no tenían estos recursos para gozar de una vida sexual activa sin fines reproductivos” (p.25). En 1985 el Ministerio de Salud de la Nación conformó una comisión de trabajo para elaborar una política sanitaria nacional en salud sexual y reproductiva que respondiera a los estándares establecidos por la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (p. 26).

En este marco de apertura y democracia el movimiento de mujeres en Argentina inicia un proceso de debate en torno al derecho al aborto legal, seguro y gratuito. En marzo de 1988, año que comienza su actividad pública la Comisión por el Derecho al Aborto conformada por mujeres de diferentes ámbitos como biólogas, enfermeras y abogadas, se realizaban encuentros en la frente la Plaza del Congreso en la Esquina de la Confitería El Molino¹³, allí con un megáfono las feministas empezaron a hablar sobre el derecho al aborto al público que transitaba; sobre las injusticias y las muertes que produce no contar con ese derecho. Se repartían materiales informativos, folletería y fue el comienzo del pedido de firmas para pedir una ley que permita obtener el derecho aborto (Tarducci, 2018). Desde entonces las feministas que luchan por este derecho vienen participando en diferentes espacios de organización.

Una iniciativa interesante surgió cuando en el Encuentro Feminista de Latinoamérica y el Caribe (EFLAC) en 1990, se declaró el 28 de septiembre como día de lucha por la legalización del aborto en América Latina y el Caribe; hoy se conmemora en todo el mundo. “Se designó esa fecha no de manera casual ni caprichosa: todo lo contrario, se conmemoraba en ese país la resolución de la “libertad de vientres”, sancionada en 1888” (Bellucci y Mitidieri, 2017, p. 1)

Entre las acciones que tuvo la Comisión por el Derecho al Aborto fue la presentación de un anteproyecto de ley en los '90 considerado una experiencia antecesora a los proyectos Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). En 2005 surge la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito¹⁴ por iniciativa de las organizaciones y personas que venían trabajando la salud sexual y por la importancia de crear una acción política nivel nacional. Durante este período se reclamaron las restricciones y omisiones por parte del

¹³ Confitería El Molino: fue una histórica confitería, pastelería, bar y restaurante, ubicada al frente del Congreso Nacional en el barrio de Balvanera de la ciudad de Buenos Aires.

¹⁴ Campaña nacional por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito: es una alianza argentina de organizaciones y personalidades que articula acciones comunes en pos de la legalización del aborto en dicho país.

movimiento feminista para visibilizar y reconocer la salud sexual como un derecho humano, donde fue adquiriendo mayor visibilidad pública, se amplió su reconocimiento como derecho humano cambiando el paradigma y se demandó al Estado su promoción y la garantía de su ejercicio. (Informe del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2011).

La reforma de la Constitución Nacional, en 1994, implicó decisiones que resultaron claves para la defensa y la promoción de los derechos de las mujeres. En este año se modifica el término de salud materno e infantil para nominarla como salud sexual y reproductiva, término elaborado por la OMS en el marco de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo del Cairo, el cual tuvo su redacción final en 1995, en la IV Conferencia Internacional de la Mujer (Allende y Domínguez, 2019, p.11).

El movimiento feminista instaló en el campo de la política pública esta agenda que originó a la sanción de la Ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable en 2002. Esto significó el puntapié inicial para el avance de varias leyes que ampliarían los derechos de las mujeres y personas gestantes. La presente estableció la creación de un Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable con el propósito de disminuir la desigualdad entre los sectores más ricos y más pobres en relación a embarazo adolescente, aborto clandestino, anticoncepción, participación de las mujeres en las decisiones relacionadas con su fertilidad, prevención de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. Cabe destacar que, para la fecha de la sanción de esta ley, la provincia de Córdoba ya había sancionado la ley 8.535 en 1996, la cual crea el Programa de Salud Reproductiva y Sexualidad, “con el propósito de garantizar a las personas el poder decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos”. (Ley 8.535, 1996, art. 1).

La ley provincial fue derogada y se sancionó la Ley 9.073 de la Provincia de Córdoba (2002) que crea el Programa de Maternidad y Paternidad Responsables, con el objetivo de “garantizar a todas las personas la decisión de sus pautas procreativas en forma libre y responsable” (Ley 9.073, 2003, art.2). Este programa aborda la sexualidad desde una perspectiva netamente reproductiva, ligada a la planificación familiar. La misma fue readecuada, un año después de su sanción, creándose la ley 9.099 (2003) Maternidad y Paternidad Responsables. La modificación se debe a que se adhiere a la ley nacional 25673 - “Programa Nacional de Salud Sexual en todo lo no legislado en la presente ley” (Ley 9.099, 2003, p1).

Con respecto a los derechos en materia de salud en Argentina, se sancionan las leyes de parto humanizado, anticoncepción quirúrgica, derechos del paciente y fertilización asistida. En este contexto, también se aprobó la Ley Nacional 25.543 (2002) que establece la obligatoriedad de ofrecer a toda mujer embarazada el test diagnóstico del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). La importancia de prevenir los contagios en los nacimientos, en los procesos de cuidado y lactancia para evitar que nazcan bebés con el virus del VIH, aunque la persona gestante conviva con el mismo. Es interesante destacar la lucha por visibilizar esta problemática viene desde la aprobación de la Ley de lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (Ley 23798\1990) donde se establece que es una enfermedad declarada de interés nacional. En el Art. 1º la presente ley establece que: “Declarase de interés nacional a la lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, entendiéndose por tal a la detección e investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, su prevención, asistencia y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, como así también las medidas tendientes a evitar su propagación, en primer lugar, la educación de la población”. Con esta ley, se marca un hito dentro de las políticas en materia de salud y sexualidad.

La Ley Nacional 25.929 de Parto Humanizado (2004) establece derechos para les recién nacidos, padres y mujeres durante el embarazo, el parto y el post parto. Estos derechos deben ser respetados por todo el personal de salud y se vinculan al derecho a la información, el respeto, el consentimiento en los procedimientos médicos, entre otros.

En el año 2006, se sancionó la Ley Nacional 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica, que sumó a los derechos adquiridos la posibilidad de que toda la población solicite y acceda en forma gratuita a la ligadura tubaria¹⁵ en el caso de las mujeres y a la vasectomía¹⁶ los varones. El único requisito es ser mayor de 16 años y tener la información pertinente para tomar la decisión ya que se trata de un método de anticoncepción permanente.

La Ley de derechos del paciente 26. 529 (2010) que establece en su artículo nº2 que todo paciente tiene derecho a asistencia, trato digno y respetuoso, intimidad, confidencialidad, autonomía de la voluntad de recibir o no tratamiento, reanimación, etc. Además, información

¹⁵ Ligadura tubaria: es un método anticonceptivo irreversible que se realiza a través de una cirugía en las trompas uterinas.

¹⁶ Vasectomía: es un método anticonceptivo que se realiza a través de una cirugía sencilla en los conductos deferentes que transportan los espermatozoides del testículo al pene.

sanitaria y de solicitarlo interconsulta médica (ley 26.529, Art 2). Y, por último, la Ley de fertilización o reproducción asistida 26. 862 (2013), la presente tiene por objeto garantizar el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida (Ley 26.862, art 1).

En materia de educación la ley más importante que garantiza la información sobre sexualidad, igualdad de género, y empodera a niñas y jóvenes para que lleven una vida sana, segura y productiva es Ley Nacional 26.150 que crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ESI) (2006). Establece que “Todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal” (Ley 26.150, 2006, art 1). Esta ley comprende a la sexualidad de manera integral, es decir, como la articulación de los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos de los sujetos.

En materia de derechos e inclusión existen dos reglamentaciones que amplían el marco de políticas integrales de derechos humanos e igualdad de las mujeres y disidencias: 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 (2009). La misma garantiza el derecho de las mujeres a vivir una vida sin violencia, y promueve el desarrollo de políticas integrales de carácter institucional, para atender la problemática. (Ley 26.485, 2009, art 2). Es interesante destacar que la ley reconoce como modalidades de violencia, la violencia obstétrica¹⁷ y contra la libertad reproductiva¹⁸.

La Ley Nacional 26.743 de Identidad de Género (2012) establece que toda persona tiene derecho al reconocimiento de su identidad de género, al libre desarrollo, a ser tratada e identificada de acuerdo con su identidad de género (Ley 26.743, 2012, art 1). También “ordena que todos los tratamientos médicos de adecuación a la expresión de género autopercebido sean incluidos en el Programa Médico Obligatorio” (ATTTA, 2020).

¹⁷ Violencia obstétrica: se manifiesta mediante prácticas, conductas, acciones u omisiones que el personal de salud ejerce de manera directa e indirecta, en el ámbito público y privado sobre los cuerpos y los procesos productivos de las mujeres.

¹⁸ Violencia contra la libertad reproductiva: cuando se vulnera el derecho a decidir sobre los aspectos reproductivos. Por ejemplo, si tener hijos o no, cuándo, cuántos, etc. (FUENTE: Ministerio de las mujeres, géneros y diversidades)

En el art. 86 del Código Penal desde 1921 se declara no punibles los abortos consentidos, en los siguientes supuestos: a) con el fin de evitar un peligro para la vida de la mujer, b) con el fin de evitar un peligro para la salud de la mujer, c) si el embarazo es producto de una violación (Minyersky, 2009).

Consideramos muy importante el Protocolo Nacional de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) (2010), que habilita dos causales principales para acceder legalmente a este procedimiento: situaciones en que el embarazo es producto de una violación y cuando la vida o salud de la mujer corre riesgo, teniendo en cuenta que salud es un estado de completo bienestar físico mental y social y no una mera ausencia de enfermedad o dolencia. El disfrute del más alto nivel obtenible de la salud constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano” (OMS, 1948).

El movimiento feminista instaló el debate por el derecho al aborto en 2018 en Argentina, con la presentación del Proyecto de Ley sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el Congreso de la Nación, y con él se propone consolidar una transformación en la sustancia de la democracia –despenalización y legalización– aunque también involucró su praxis (Levin, 2018). Debido a que la clandestinidad del aborto, seguida del riesgo de muerte, constituye un problema social con crueles manifestaciones de injusticia política y de injusticia social, que sufren las mujeres privadas de la libertad de decidir y de acceso a la salud pública. Finalmente, después de un largo camino en diciembre de 2020 se sanciona la Ley Nacional 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo que legaliza el acceso, de las mujeres y personas con capacidad de gestar, a la IVE y a su vez regula la atención postaborto. Esta ley es consecuencia de la lucha de feministas y organizaciones políticas que se organizaron colectivamente de forma nacional en la campaña por el derecho a decidir.

Para caracterizar el escenario local, debemos mencionar que en la ciudad de Córdoba existe la ordenanza N°9479/96 que fue sancionada en el mes de agosto de 1996 y no ha sufrido modificaciones. Ésta en su artículo 2 determina que los objetivos son: a) capacitar a los integrantes del equipo de salud de acuerdo a su roles e incumbencias profesionales, para informar, educar y asesorar en temas de reproducción y sexualidad. b) Promover campañas de difusión sobre temáticas de: procreación responsable, reproducción, sexualidad y prevención de embarazos no deseados. c) propiciar la presencia de profesionales capacitados en reproducción, sexualidad y planificación familiar, en los centros de salud municipal. d) Coordinar acciones con

diferentes organismos públicos, nacionales y/o provinciales, privados reconocidos especialmente, que, por su naturaleza o fines, puedan contribuir a la consecución de este objetivo.

Con esta ordenanza se creó el Programa de Salud Reproductiva, Sexualidad y Planificación Familiar con la finalidad de propiciar la procreación responsable, planteándose como objetivo fundamental promover a la familia a partir de la definición de algunas acciones. “De este modo, el Estado municipal efectiviza una política pública a partir de complejos procesos técnicos- políticos en los cuales diversos actores se relacionan en torno a un problema y consideran que el mismo debe ser atendido por la autoridad pública”. (Bertona y Morillo, 2022, p.1) El programa tuvo sucesivas modificaciones, encontrándose actualmente en vigencia el modificado en el año 2012 por el Subcomité de Ginecología de la Dirección de Atención Primaria de la Salud, pero pese al desarrollo de los marcos normativos internacionales que garantizan derechos a las mujeres y personas gestantes no se realizaron cambios sustantivos.

I- 3- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable: Historia, Objetivos

Es importante retomar en el terreno nacional el PNSSyPR, debido a que es la política pública que analizamos para conocer su funcionamiento, dado que nuestro proceso de intervención se llevó a cabo con mujeres y personas gestantes que asisten al centro de salud N57 y forman parte del mencionado programa. Por ello reanudamos su recorrido histórico y objetivos propuestos en cada período para lograr construir una mirada integral y compleja de las políticas de Estado en materia de derechos sexuales reproductivos y (no) reproductivos. Temas que estuvieron en discusión desde la vuelta de la democracia, con incidencia de diferentes actores entre los sectores a favor y los sectores en contra de su inclusión en el sistema de salud.

El gobierno de Isabel Perón con un decreto, prohibió el acceso a los anticonceptivos “y se exigía para su venta una receta por triplicado, se cerraban 60 consultorios de Planificación Familiar que funcionaban en los Hospitales, prohibiendo así todas aquellas actividades vinculadas con el control de la natalidad en los espacios públicos” (Cepeda 2008, p.25), Hasta la incorporación de tratados internacionales en la reforma de la Constitución en 1994, donde la Argentina en 1995 adhirió a la Plataforma de Acción (PAM) de la IV Conferencia Mundial de la

Mujer en Beijing (China), pero con reservas en el área de salud de las mujeres donde se trataban los derechos reproductivos (Cepeda, 2008).

El gobierno argentino del período de 1989-1999 no reconocía el concepto de “salud reproductiva”, señalando que en su consideración “incluía al aborto como método de regulación de la fecundidad”. El debate generado en torno al aborto en la Convención Constituyente en 1994 fue planteado desde el mismo Ejecutivo Nacional a partir del ministro de justicia Rodolfo Barra, el cual proponía la introducción dentro de la Constitución Nacional de una cláusula que protegiera “la vida desde la concepción y hasta la muerte natural”, tal como reclamaba la Iglesia. Estas decisiones produjeron la ausencia de políticas sobre la Planificación Familiar, con la no regulación de los MAC¹⁹ y la prohibición de métodos de esterilización (Cepeda, 2008).

Mientras se generaban los debates por el acceso a los MAC por parte del colectivo feminista y las organizaciones pro derechos asociando los derechos sexuales y reproductivos al acceso a la salud como un derecho humano, reconociendo un rol importante en la implementación de las políticas públicas; en los territorios, como es el ejemplo del IPV Argüello, les profesionales de la salud realizaban diferentes actividades para juntar fondos y poder garantizar este recursos a las personas que no podían acceder por sus propios medio (Notas de cuaderno de campo, 2022). Con la instalación en la agenda pública de este discurso, luego de años de lucha, se llegó a la sanción de la ley N°25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable en 2002, donde se establece que el Estado debe garantizar a todas las personas información completa sobre todos los MAC disponibles, la posibilidad de elegirlos autónomamente según las propias necesidades y preferencias y el acceso libre y gratuito a los mismos. La distribución gratuita está garantizada por el PNSSyPR creado en 2003 a través del Programa Remediar. Si bien el Estado Nacional provee la mayor parte de los métodos, también hay aportes del estado provincial y de la municipalidad de Córdoba (Entrevista a personal de salud, 07/09/21).

En consonancia con lineamientos internacionales, la ley asume que la SSR y (no) R consiste en el desarrollo de una sexualidad sana, placentera y sin riesgos, en todas las etapas de la vida. Considera la procreación responsable un aspecto de la salud sexual, que permite decidir el número de hijos que cada pareja desea tener y respetar el intervalo óptimo entre un hijo y otro.

¹⁹ MAC: es la sigla para definir a los métodos anticonceptivos.

Permite disminuir la mortalidad materna, o embarazos en edades muy tempranas o tardías, y evitar los embarazos no deseados (Schufer et al, 2006).

La Ley y el PNSSyPR viene a trabajar en los niveles críticos de mortalidad infantil y materna, embarazos no deseados, embarazo adolescente y el incremento del porcentaje de niñas y adolescentes infectadas por VIH. Los actores involucrados como las organizaciones de defensa de los derechos de las mujeres y de las niñas, centros de investigación y asociaciones profesionales, fueron consultados en el desarrollo del Programa, y las actividades de éste contemplan una activa participación de las organizaciones en su implementación (Schufer et al, 2006).

Dentro de la historia del programa identificamos una primera etapa entre 2003 y 2006 que fue el momento de su creación, ubicándose en el marco de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación (MSN). “En ese momento se iniciaron las primeras compras de insumos anticonceptivos con el fin de garantizar el acceso de la población en un contexto de crisis económica y social” (Suárez y Cattaneo, 2017, p.2).

La etapa de institucionalización puede ubicarse entre 2006 y 2010; en este período el PNSSyPR adquirió autonomía administrativa y financiera dentro de la Secretaría de Políticas Sanitarias. Esta independencia marcó el impulso para que las políticas de salud atendieran a las personas con capacidad de gestar no sólo por su rol reproductivo sino como sujetos de derecho, para que se escucharan sus demandas y deseos de ser o no progenitores (Ministerio de salud, 2011). En el año 2007, se organizó el Sistema de Aseguramiento de Insumos Anticonceptivos con provisión de MAC, incluyendo los preservativos. Se encontraban en el programa anticonceptivos hormonales orales, inyectables, anticonceptivos orales hormonales para uso durante la lactancia, DIU y preservativos, pero al año siguiente se incorporó Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE) por resolución Ministerial (Suárez y Cattaneo, 2017).

Por último, a partir del 2010 y hasta la actualidad, se generó una etapa de consolidación que significó un proceso de mayor fortaleza en la capacidad de gestión a nivel territorial. A la provisión de MAC y se incorporó un reconocimiento a la diversidad de identidades y expresiones de género, corporalidades, orientaciones y prácticas sexuales, políticas orientadas a varones y discapacidades con un abordaje integral de la salud sexual y de la salud reproductiva (Ministerio de Salud, 2011). Se produjo un fortalecimiento de los programas provinciales y generación de acciones que permitan brindar servicios de calidad (Suárez y Cattaneo, 2017).

Esta nueva perspectiva en la concepción del programa estableció como objetivo central la disminución de las desigualdades que afectan la SSR y (no) R de la población. La metodología fue reducir la brecha de atención, mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud, llegando más efectivamente a sectores vulnerables de todo el país (Ministerio de Salud, 2011).

En la creación del programa se establecieron una serie de ejes que son:

- el acceso universal y gratuito a servicios de SSR y (no) R;
- la igualdad de oportunidades;
- la calidad de la atención;
- la redistribución de recursos materiales y simbólicos.

Para cumplir con estos ejes de trabajo se construyeron una serie de estrategias que constan en la articulación entre el Programa Nacional y las jurisdicciones provinciales, para generar la provisión de insumos anticonceptivos y contar con recursos humanos altamente calificados. Además, estrategias de comunicación y difusión para que los ciudadanos conozcan cuáles son los DS y (no) R (Ministerio de salud, 2014).

Para la puesta en práctica de estas estrategias debemos tener en cuenta que el abordaje de la SSR y (no) R desde una perspectiva integral se realiza de forma más articulada con centros comunitarios, escuelas de diversos niveles u otros espacios institucionales del territorio en los centros de salud que pertenecen a la APS trabajando de forma conjunta en la planificación y participación de los vecinos (Bosio y Crosetto, 2020).

En oposición a la ley y los garantistas de derechos, existen en todas las sociedades sectores conservadores que construyen una moral sexual, tal como lo analizamos en el capítulo 1, que explican los problemas y cuestiones sociales según valores y actitudes propias, muchas veces llevadas por prejuicios, generando resistencias a los cambios y obstaculizando proyectos que pretenden hacer frente a necesidades sociales tradicionalmente no satisfechas de sectores invisibilizados y postergados. Pesan más los sistemas de creencias, las filiaciones religiosas, la baja conciencia de los propios derechos y la falta de información adecuada. Este problema se acrecienta cuando estas concepciones, creencias y perfiles de formación académica provienen de los profesionales de salud donde muchos muestran resistencia a los nuevos paradigmas y prefieren un modelo de tipo asistencial, no dando el marco necesario a las prácticas que solicita la aplicación de la ley en distintas jurisdicciones del país (Schufer et al, 2006). Tomando los aportes de Bosio y Crosseto (2020), podemos concluir que los “actos e intervenciones que no son

neutrales, naturales, mecánicos, ni ahistóricos, sino mediados por las propias representaciones de las/os agentes: creencias, valores, percepciones, sentipensares frente a los problemas de sujetos que demandan su resolución” (p.16).

Como veníamos mencionando, en la provisión de los servicios públicos, es importante la implementación de estos acuerdos jurídicos-normativos y político-culturales con el territorio, donde es diversa la calidad y cantidad de capacitación para los profesionales y les usuaries, lo que opera como un obstáculo para la real concientización de la población y el pleno ejercicio de sus derechos en materia de sexualidad y (no) reproducción (Schufer et al, 2006).

Otro obstáculo se relaciona con el presupuesto, que además de ser insuficiente, al existir una multiplicidad de jurisdicciones y autoridades, tanto nacionales, provinciales como locales, existe una falta de coordinación y se observa una desigualdad estructural del sistema de salud para responder apropiadamente a las necesidades de acceso a los recursos para igualar oportunidades. (Documento de Comunicación Conjunta para Examen Periódico Universal, 2012). Para hacer frente a esta problemática, el plan Sumar, presente en toda la Argentina, busca romper con esta desproporción y llegar a cada persona que necesite acceso a salud pública, brindando prestaciones específicas para el cuidado del embarazo, la primera infancia, la adolescencia y la adultez.

I- 3- El Campo de la Salud, Sus Niveles de Atención y Las Perspectivas de Abordaje Referidas a Los Derechos Sexuales: Tensiones, Disputas y Avances

Spinelli (2010) lo entiende al campo de la salud como un conjunto de actores, recursos y problemas e intereses que conforman una red de relaciones, en el cual actores luchan por los capitales²⁰, emergen diversos paradigmas para el abordaje de los procesos de salud y enfermedad. En este sentido, definimos el concepto de paradigma como un modelo de explicación referido al campo de acción/intervención y se construyen por y el contexto histórico/social, estableciendo desde esta postura teórica qué es legítimo y qué no, qué es normal o anormal cómo conocimiento e intervención (Vela Quico, 2011). Cabe destacar que los paradigmas se identifican con el contexto por el cual se encuentran atravesados, por tal razón, todo paradigma responde a los problemas que una sociedad presenta en cada época.

²⁰ Capitales: económicos, sociales, políticos y simbólicos.

El campo de la salud expresa en las prácticas diferentes modos de operar. El paradigma hegemónico se define como ausencia de enfermedad, la cual se reduce a una concepción biológica que busca eliminar a un enemigo externo. Dentro de esta concepción biologicista se niega el carácter político de las enfermedades (Ferrandini, 2010). Este modelo se caracteriza por entender a la salud de manera biologicista e individual, tecnocrática, medicalizante, y de manera no igualitaria. Este paradigma inicia y se consolida en el siglo XX y se materializa en el Modelo Médico Hegemónico.

Otro paradigma implica comprenderla desde la mirada del bienestar físico, psíquico y social es una definición que se construye desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la década del 40. La misma se configura como un estado de salud que entendemos es de complejo acceso en sociedades capitalistas, patriarcales y colonialistas (Ferrandini, 2011).

Por último, existe una concepción como capacidad de lucha por cambiar el estado de las cosas (Ferrandini, 2011). Dentro de esta concepción se hace foco al carácter político de este concepto, las relaciones de poder dentro del campo y la capacidad transformadora de los sujetos. Este paradigma surgió luego de un trabajo barrial del Dr. Ferrara, quien la describe como la capacidad de luchar, de desear cambiar eso que provoca sufrimiento para lo cual es necesario constituirse como sujeto y emprender un trabajo colectivo. Dada la particularidad de cada contexto, las estrategias desarrolladas no pueden ser universales, “Cada uno de nosotros construirá su visión de la realidad, dándole distinta importancia relativa a las situaciones que queremos cambiar” (Ferrandini, 2011, p.2).

En este marco, nos posicionamos desde el tercer paradigma pensando en nuestra práctica como futuras trabajadoras sociales desde Carballada (2002), que caracteriza la intervención en lo social como una articulación entre las subjetividades y los procesos colectivos, buscando un objetivo determinado mediante las tareas de interpretación del acontecimiento, el análisis y el registro. Apostamos a la defensa de ideales democráticos, de justicia social y el ejercicio de los derechos humanos, donde los sujetos puedan transformar su realidad con otros (Carballada, 2002). Buscamos construir un sujeto protagonista que pueda transformar el estado de las cosas, desde el deseo y el interés transformador de modificar su propia realidad donde identifica la distancia entre lo que vive y lo que desea (Ferrandini, 2011).

I-3- a- El Dispositivo Consejerías en la SSy(No)R Como Garantía de Autonomía.

Los modelos de atención son el modo de hacer de los profesionales de la salud definido por la forma en que conciben a los sujetos, al modo de comprender el proceso de salud y su cuidado, y cómo se construyen los saberes y se aprenden las prácticas (Ministerio de Salud, 2015). Por lo tanto, es interesante entender cómo funciona la atención de los sujetos en el modelo de atención tradicional en las organizaciones de salud, donde prima la práctica de personas con formación en medicina, enfermería y obstetricia y esta formación está centrada en un aspecto biológico preponderantemente (Ministerio de Salud, 2015). La consulta se organiza y estructura con el modelo que aprendió cada profesional en la academia y fue construyendo a lo largo de su experiencia. Ese aprendizaje es sostenido desde la construcción del pensamiento clínico – básicamente hipotético-deductivo²¹–: en el cual el profesional formula una hipótesis a partir de información que surge de lo que observa o recoge del examen del paciente, y luego la comprueba en base a datos o indicadores, o la reformula si no se verifica a partir de los mismos (Ministerio de Salud, 2015).

El modelo tradicional de atención no reconoce la dimensión social en su práctica, aunque la considere una variable que tiene efecto sobre el estado de salud de las personas. Dentro del consultorio para lograr objetividad en el proceso clínico se deja de lado la dimensión subjetiva, como los deseos, temores, inquietudes y saberes de las personas. Para una adecuada atención se espera una actitud pasiva del paciente donde éste cumpla, colabore o adhiera a lo indicado en la consulta (Ministerio de Salud, 2015).

En contraposición al modelo anterior, se genera un cambio de paradigma hacia un enfoque de atención centrado en los derechos desde un trabajo en equipos interdisciplinarios dentro de los centros de salud donde se busca problematizar el modo en que se realiza la tarea. En este caso el rol del trabajo social es central ya que puede aportar una mirada diferente e instalar la posibilidad de modificar el modo de hacer. Los espacios de consejería abren la posibilidad de atender al cuidado de cuestiones que exceden el marco de la enfermedad ya que concurren personas sanas buscando información para tomar decisiones sobre un aspecto íntimo,

²¹ Método científico, propio de las ciencias fácticas. Supone que el contexto de descubrimiento no se atiene a reglas y procedimientos controlados, y sostiene que las hipótesis se admiten o rechazan según sea el resultado de la contrastación de las mismas: una hipótesis se justifica y acepta si queda confirmada por la experiencia (contexto de justificación) y se rechaza si es refutada.

delicado y complejo de la propia vida, como es la sexualidad (Ministerio de Salud, 2015). En esta consulta entran en juego las relaciones familiares y de pareja de las personas, que buscan proyectar su vida reproductiva con autonomía e informadas, para lo cual hay que tener en cuenta los tabúes y las relaciones asimétricas de género que les atraviesan (Ministerio de salud, 2014, 2015).

Para acompañar este cambio dentro de la atención en salud, el PNSSyPR propone desde su concepción promover los derechos sexuales y reproductivos y la autonomía de la población para tomar decisiones informadas. En este sentido definimos el dispositivo de las consejerías como una estrategia central de promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva con perspectiva de derechos y género, tanto dentro como fuera de los centros de salud, siendo una acción fácil de ejecutar y llevar al territorio (Ministerio de Salud, 2010). Son espacios de asesoramiento abiertos a la comunidad en temáticas vinculadas a la sexualidad que permite el encuentro de los integrantes del equipo de salud y los sujetos del barrio que asisten. Tienen como objetivo principal fortalecer la autonomía de las personas para que tomen decisiones sobre su salud sexual y reproductiva de la forma más consciente e informada posible, buscando el empoderamiento de estos sujetos cuidando la intimidad y la confidencialidad de lo expuesto dentro del espacio (Meneghetti et al, 2017). Para llevarlas a cabo se deben incorporar estrategias de capacitación, sensibilización y fortalecimiento para mejorar el acceso al sistema de salud y la calidad de la atención en los efectores de salud, especialmente en las APS ya que tiene anclaje territorial (Ministerio de Salud, 2010, 2014, 2015).

Para poder reconocer y tener en cuenta la realidad de las personas usuarias del servicio como sujetos con derechos que están insertes en un contexto cultural y social, el dispositivo debe orientarse hacia el enfoque de género y la perspectiva de derechos. ¿Pero a que hacemos referencia con estas categorías? En primer lugar, la perspectiva de derechos hace referencia a dar cuenta de las desigualdades entre género y orientación sexual. Esta brecha es producto de relaciones de poder y mandatos sociales presentes en la sociedad que muchas veces están naturalizadas dejando a las mujeres y cuerpos gestantes en estado de vulnerabilidad y expuestas a situaciones de violencia y sin poder decidir con autonomía en relación a sus cuerpos. Prevalece en estas situaciones un pensamiento binario que invisibiliza las diversidades de identidades despojando de derechos básicos a personas travestis, trans, intersex, gays, lesbianas, etcétera (Ministerio de Salud, 2014, 2015).

En segundo lugar, la incorporación del enfoque de género en el equipo de salud permite estar alerta sobre la necesidad de informar sobre el uso de anticoncepción teniendo en cuenta el pedido y las necesidades de cada persona indagando sobre la posibilidad de su uso, de poder decidir cuándo tener relaciones sexuales y si sufre situaciones de violencia sexual. La tarea es orientar la consulta hacia el reconocimiento y ejercicio de derechos sexuales y derechos reproductivos. Para entender a los sujetos como portadores de derechos debemos respetar el nombre elegido por las personas, sin presuponer heterosexualidad en la práctica interventiva. Por ejemplo, no dar por hecho que si una persona tiene características femeninas y es sexualmente activa tiene que tener coito con hombres.

Existen consejerías en el marco de las consultas médicas con algún integrante del equipo de salud que concurren por otro tema, como por ejemplo en una consulta sobre control de niño sano. También existen en los centros de salud consultorios específicos de SSR y (no) R. “Se trata de la atención en un espacio de encuentro orientado a generar una comunicación interpersonal en un ambiente de confidencialidad y respeto” (Ministerio de salud, 2010, p.32) en este espacio el profesional debe estar dispuesto a escuchar a la persona entender sus prácticas, elecciones, miedos, desafíos y posibilidades, respetando su intimidad. Para una correcta atención y que se cumplan los objetivos, de promover la reflexión y generar decisiones autónomas e informadas, se debe tener en cuenta la situación social, barreras y desigualdades que enfrenta cada persona para evitar dar directivas poco realistas que no se amolde a la situación de vida de cada vecine.

I- 3- b- Caracterización y Trayectoria del Sistema de Salud Municipal. La Dirección de Atención Primaria de La Salud (DAPS).

En la década del 70, empieza a funcionar la dirección de atención periférica con la cual la municipalidad comienza a trabajar la Atención Primaria de la Salud debido a las políticas descentralizadoras²². Dicho organismo se ocupaba de los efectores maternos infantiles y acciones

²² Políticas descentralizadoras: Modelo de gestión que se impulsó desde el gobierno militar de 1976, que consistió en la descentralización del sistema de salud hacia gobiernos locales intentando diluir el conflicto social alejándolas de los grandes centros de poder económico y político; luego en 1984 este modelo cambia de objetivo buscando sentar las bases de una democracia desde la participación social. Este modelo de gestión implicó mayor atención sobre la dimensión territorial de la política pública, ya que antes el territorio era visualizado como un simple dato administrativo. En los 90 la descentralización se transformó en una herramienta muy poderosa al servicio fiscal del achicamiento del Estado y al recorte del gasto público. En este periodo se desvirtúan los objetivos sanitarios y los objetivos democratizadores; y quedan casi exclusivamente los objetivos fiscales (Repetto, 2009).

en materia de primer nivel de la salud y luego, esto se potencia con la llegada de efectores provinciales en el año 1982. A partir de ahí el municipio adquiere un rol protagónico en materia de primer nivel de atención en la ciudad de Córdoba (El 57, Documental, 2014).

En el año 2000, se crea la Dirección Primaria de la Salud de la ciudad de Córdoba (DAPS), que es una nueva forma de intervención por parte del gobierno municipal, bajo la intendencia del Dr. German Kammerath y el gobierno del Dr. José Manuel de La Sota, en un contexto con alta conflictividad social provocada por medidas neoliberales²³ que afectaron principalmente a les empleades públicos generando la resistencia de los sindicatos municipales (Redacción La Tinta, 2021). La DAPS es una institución de carácter local e intersectorial, que nace por reorganización de la Estructura Municipal como facilitadora de todas las acciones de Promoción de la Salud y de Prevención de las enfermedades, como así también la participación de la población en la gestión de todas sus acciones. Su objetivo fue la puesta en marcha hacia una cultura de calidad para mejorar las estrategias y empleando un plan de mejoras para el requerimiento de les ciudadanes y como nueva estrategia operativa (Berra et al, 2018). Su objetivo es brindar asistencia sanitaria a todos los pobladores de la ciudad de forma accesible y equitativa.

Este proceso se da en el auge latinoamericano de la medicina social, la cual busca entender cómo las condiciones sociales y económicas impactan en la salud entre los individuos (Galeano, Trotta y Spinelli, 2011). Esto da un valor público a la función de la gestión política proponiendo técnicas de gestión operativa con un trabajo vinculado a la promoción de la salud, mediante la participación comunitaria activa y el desarrollo de las actitudes y capacidades personales.

Podemos inferir que si bien la idea de APS nace desde una noción muy ambiciosa que busca reformar los sistemas sanitarios con una lógica de integralidad, de trabajo en red, de derecho a la salud, participación comunitaria, de articulación entre niveles jurisdiccionales esta tiene sus límites en el discurso neoliberal que la interpreta en el sentido de prestaciones

²³ El neoliberalismo contemporáneo es en buena medida un eco de la economía política liberal clásica. Para Adam Smith, el mercado era el medio por excelencia para la abolición de las clases, la desigualdad y el privilegio. Aparte de un mínimo necesario, la intervención del Estado sólo serviría para ahogar el proceso igualatorio del intercambio competitivo y crearía monopolios, proteccionismo e ineficacia: el Estado sostiene las clases, el mercado puede anular potencialmente la sociedad de clases (Esping Andersen, 1993).

focalizadas, selectivas, destinadas a poblaciones vulnerables e implementándose a través de efectores de baja complejidad o en el primer nivel de atención (El 57, Documental, 2014).

El objetivo de las técnicas de gestión operativa consiste en la puesta en marcha de una cultura de calidad que mejore las estrategias de implementación. Estas estrategias adoptadas se manifiestan en el accionar en las realidades locales, pero no se cumplen los objetivos produciendo una insuficiencia progresiva debido a la falta de recursos humanos y económicos, que termina por causar dificultades en la atención que es brindada a la población. Como resultado, se debió reformular las distintas estrategias organizativas constituyéndose necesariamente en trabajos intersectoriales, interjurisdiccionales e interdisciplinarios de los equipos de salud, desde perspectiva transformadora con nuevos ejes en la “Co-Gestión” (que se involucren todos los actores).

La APS se sustenta como el cuidado esencial de la salud en base a métodos científicos y socialmente aceptables y a tecnologías universalmente accesibles a toda persona y familia de la comunidad a través de la participación plena y a unos costos que estén al alcance de la Nación y la comunidad, para que mantengan en todas las etapas del desarrollo el espíritu de autonomía e independencia (Rovere, 2012).

En contraparte, se destaca que el segundo nivel²⁴ de atención se especializa en el abordaje de problemáticas de mayor complejidad. Sin embargo, este sistema se encuentra saturado, motivo por el cual les vecines asisten al dispensario más cercano para solucionar sus problemas de salud que relega los objetivos de promoción y prevención para dar soluciones integrales a dichas personas desdibujando el rol de las APS (Entrevista a personal de salud²⁵, 4/8/2017).

No obstante, en la realidad de la ciudad de Córdoba, se evidencian tensiones en la direccionalidad de la política de la APS, debido a que no se fomenta la formación comunitaria de los mediques y su mirada sobre las problemáticas que afectan a la comunidad, lo cual deja librado al azar la forma en que cada equipo de salud interviene en territorio y los vínculos de los profesionales establecen entre sí y con la comunidad (Giraudó et al, 2012). Con respecto a la

²⁴ Segundo nivel: este contempla los servicios de las especialidades básicas, hospitalización general (pediatría, ginecología, medicina interna y cirugía) y servicios de apoyo como pruebas especiales de laboratorio clínico, radiología, etc.

²⁵ Por resguardos éticos vinculados a consentimiento informado, anonimato y tratamiento de datos sensibles las voces entrevistadas se identifican por disciplina u oficio o por día, mes y año de realización.

articulación con los demás niveles de atención en salud, como hospitales, se evidencia la falta de criterios establecidos o el no reconocimiento de los mismos hace que la red de derivaciones se ponga en marcha en base al amiguismo, las relaciones políticas o al voluntarismo de los actores intervinientes en cada ocasión. Aquí aparecen como déficit, nuevamente, las dificultades de coordinación que presenta la jurisdicción provincial con los municipios (Ase, 2006).

Un proyecto interesante para destacar dentro de la Dirección de Atención Primaria de la Salud (Daps) en pos del trabajo intersectorial y en red es la conformación de la Comisión de Salud Sexual Integral, que funciona de forma interdisciplinaria conformada por una trabajadora social, una psicóloga, una licenciada en enfermería, una ginecóloga y tres médicas de familia. La historia de esta comisión se inicia como una estrategia para articular con la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación para gestionar el acceso al misoprostol²⁶. En 2019, se puso en evidencia que en Córdoba capital se estaban realizando interrupciones legales del embarazo, por este motivo desde Nación se enviaron los recursos para esta práctica. Para este fin se llevó a cabo una sistematización de los centros de salud y se demostró lo imprescindible y el alto costo de esta medicación, lo cual se convertía en un obstáculo para el acceso a la interrupción del embarazo y dilataba los tiempos. (Entrevista a personal de salud, 7/09/21).

En la comisión mencionada participan trabajadores del sistema de salud que por su trayectoria militante son voceros y gestores de estrategias para lograr el acceso y el monitoreo de cómo se aplica la ley 27.610 y el programa de salud sexual y reproductiva a nivel local (Crosetto, 2022). Este trabajo es de suma importancia ya que genera redes entre los diferentes centros de salud debido a que desde el Ministerio de Salud de la provincia no hay ninguna línea de trabajo que les ayudará en la implementación de la misma en el desarrollo de capacitaciones y la difusión de la ley. Aunque cabe destacar, que la ciudad de Córdoba es el lugar donde más se garantiza el acceso, dentro de la provincia, y se lo podemos adjudicar al gran trabajo que realiza la comisión (Católicas por el derecho a decidir, 2022). Apenas se sancionó la ley hubo una instancia de formación y un espacio de intercambio con los profesionales de los centros de salud con el fin de poder dar cuenta del trabajo de acceso a interrupciones legales para mujeres y

²⁶ Misoprostol: es un medicamento que produce contracciones en el útero, y esas contracciones provocan la expulsión del contenido uterino.

personas gestantes. Con la gestión municipal a cargo de Martín Llaryora²⁷, se conforma la comisión haciéndose cargo de la gestión de misoprostol, capacitaciones, stock y todo lo referido al PNSSyPR (Entrevista a personal de salud, 7/09/21).

I- 4- Actores Conservadores en el Campo de Las Sexualidades. Estrategias de Obstaculización de Los Derechos en El Campo de La Salud

Entre los actores que obstaculizan la ampliación de derechos en el campo de la SSR y (no) R se encuentran: activistas religiosos- conservadores y sectores autodenominados pro vidas. En nuestro trabajo, son conceptualizados bajo la categoría de “Neo Conservadurismos religiosos” y están caracterizados por un secularismo estratégico que es definido como “(...) la insuficiencia de la idea de laicidad²⁸ como régimen de convivencia diseñado para el respeto de la libertad de conciencia, en el marco de una sociedad crecientemente plural, o que reconoce una diversidad existente” (Deza, 2018, pág. 1). El activismo religioso apela a estrategias de visibilización e interpelación organizando marchas pro vida, ecografías en vivo, fomentando la participación en espacios colectivos, etc.; adaptando sus prácticas con una militancia de agenda patriarcal y heteronormativa. Este discurso religioso busca que las argumentaciones seculares sean mayores al discurso dogmático para penetrar lugares de difícil acceso para la religión como la esfera de lo político (Morán Faundes, 2012).

A los grupos que realizan este tipo de intervenciones los denominaremos antiderechos, ya que están en contra de todos los derechos conseguidos por mujeres y el colectivo LGTBIQ+. Presentan una posición en contra de la legalización del aborto y del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, manteniendo un discurso en defensa de la vida del embrión. Cómo califica Erviti (2005), estas posturas dejan a las mujeres y personas gestantes en segundo lugar, conceptualizándoles como objetos de intervención y no como sujetos de autonomía. Los mismos, están conformados por asociaciones civiles u organizaciones no gubernamentales (ONG), que actúan en el espacio público en defensa de una moral sexual conservadora, defendiendo una política sexual restrictiva. Además, en los últimos años, han recurrido a la justicia para obstaculizar el ejercicio de los derechos.

²⁷ Martín Llaryora: es un abogado y político argentino, intendente de la ciudad de Córdoba desde el 10 de diciembre de 2019. Fue diputado de la Nación Argentina por Córdoba, vicegobernador de la mencionada provincia y dos veces intendente de la localidad de San Francisco.

²⁸ Laicidad: alude a la condición de laico o a la defensa y la separación entre la sociedad civil y religiosa.

Los grupos utilizan en sus modos discursivos conceptos desplegados por los movimientos feministas, modificándose a su favor y desarrollando las mismas estrategias. Retomando a Erviti (2005), desde los discursos que reproducen, construyen una identidad referida al rol de las mujeres esencializando y priorizando su función reproductiva, difiriendo en la construcción de subjetividad²⁹ de las mismas.

Una de las estrategias de estos actores, sobre todo los que están insertos como agentes en el sistema de salud, es apelar a la objeción de conciencia³⁰ para justificar su rechazo en la implementación de la ley 27.610. Esta objeción es un dispositivo de poder sobre los cuerpos, que afecta principalmente a aquellas personas gestantes que no cuentan con recursos para prácticas médicas seguras en sectores de la salud privada o tienen que ser derivadas a otros profesionales o centros de atención médica.

En un contexto histórico de avances de gobiernos neoconservadores en América Latina, desde el año 2013, se generó el surgimiento de un fenómeno social y cultural de nueva derecha que impregnó a los gobiernos de América del Sur con discursos racistas y convicciones que toman al castigo como la forma de solucionar conflictos, con un desprecio a las políticas inclusivas, a los pobres y los feminismos (Pedrido, 2021). Esta autora también hace referencia a los libertarios que es una corriente política, comandada en nuestro país por Javier Milei³¹ y José Luis Espert³², que repudian la regulación jurídica positiva que garantiza los derechos inclusivos, creen en la superioridad masculina sobre la mujer y no creen en valores como la igualdad ya que sostienen que existen sectores que tienen atributos diferenciales que los hace mejores.

Con respecto a los sectores religiosos en la política, la derecha católica tiene su representación en el periodista Agustín Laje³³. Este expresa su rechazo para con el movimiento feminista, argumentado contra lo que él denomina “la ideología de género”, visión que es compartida con otros grupos antiderechos, su discurso gira en torno a que el feminismo es el

²⁹ Subjetividad: son las percepciones, argumentos y lenguajes basados en el punto de vista del sujeto.

³⁰ Objeción de conciencia: es la negativa a acatar órdenes o realizar actos invocando motivos éticos o religiosos.

³¹ Javier Milei: Es licenciado en Economía de la Universidad de Belgrano. Realizó un posgrado en Teoría Económica en el Instituto de Desarrollo Económico y Social y un posgrado en Economía en la Universidad Torcuato Di Tella. Diputado por la ciudad autónoma de Buenos Aires desde el año 2021.

³² José Luis Espert: es un economista, productor agropecuario. Fue candidato a presidente de la Nación en 2019. Actualmente es Diputado por la provincia de Buenos Aires.

³³ Agustín Laje: es escritor, politólogo, de ideología conservadora y ultraderechista, y opositor al aborto.

invento de la izquierda y de militantes LGTBIQ+ para volver a instalarse en la arena política luego del fracaso político del comunismo (Pedrido, 2021).

Según Moran Faundes (2018), los discursos religiosos tienen un peso simbólico ya que cuentan con una hegemonía de la iglesia en Latinoamérica desde el periodo de la conquista, pero no sólo los católicos se oponen a los a los DS y (no) R, sino que se suman sectores evangélicos participando en debates sobre el tema mediante organizaciones y actividades basadas en ideas restrictivas sobre el cuerpo y la sexualidad, pero carecen de un logro electoral extendido entre funcionarios de primera línea. “No obstante, su penetración en la ejecución territorial de las políticas sociales iniciado con el macrismo y que se mantiene con la actual gestión de gobierno les posibilita un protagonismo que puede verse incrementado en el futuro” (Pedrido, 2021, p.23).

Los discursos de estos actores permean en todos los sectores de la sociedad, pero principalmente en las clases populares por la presencia de la religión como modo de contención social ante situaciones de abandono del estado, especialmente en les jóvenes que no tienen espacios de participación (Entrevista a referente barrial, 31/01/2022). Estos sectores fundamentalista sostienen una agenda política que refuerza el patriarcado y la heteronormatividad ya que los derechos de las mujeres y de las personas LGTBIQ+ son considerados como amenazas a un orden social tradicional (Vaggione, 2010).

I- 5- Reflexiones en Torno a la Lucha por los Derechos y su Impacto en el Campo de la Salud

En este capítulo analizamos el contexto de cómo se desarrolla la temática según las prácticas de los actores intervinientes para poder plantear nuestro posicionamiento como equipo incorporando la mirada y los discursos de los movimientos feministas y sus prácticas en los territorios.

Esta breve caracterización e historia referida a cómo operan estos sectores nos permite comprender que los derechos conquistados a partir de la década del 2000 tienen un largo camino de lucha y militancia y que no es un hecho azaroso, ni una decisión de un gobierno de turno. Los tratados internacionales, los encuentros nacionales de mujeres y la incorporación de otros feminismos con agenda propia enriquecieron las disputas y facilitaron la obtención de derechos para mujeres y disidencias. Los aportes de los feminismos han contribuido a repensar los

procesos de salud-enfermedad-cuidados condicionados por procesos de opresión, entre los que se encuentran el género, la etnia y la clase. la etnia³⁴ y la clase.

La instalación de los DS y (no) R a la arena pública generó espacios para la discusión de los parámetros que permitan a las mujeres y personas gestantes una ciudadanía sexual plena, visibilizando temas que no se hablaban por tabúes o por desconocimiento. El acceso a los anticonceptivos y a la interrupción de embarazos no deseados fueron considerados temas importantes en la salud pública, y la importancia de definir el campo de intervención nos permite entender cómo este está atravesado por el marco legal y las políticas de estado, además de establecer cómo estas se efectivizan en programas que llegan a la comunidad.

Esta caracterización nos permite ver la realidad del campo de salud de nuestro país y las políticas que han generado una fragmentación entre los diferentes niveles de los efectores, ejemplo de esto es la dificultad para generar acciones comunes entre hospitales y centros de salud municipales, lo cual impacta en el nivel de atención y las actividades de promoción propias de las APS.

Si bien existen leyes que defienden el derecho a poder decidir sobre la vida y el cuerpo de mujeres y personas gestantes no hay que dar por sentado que la lucha por los derechos ha concluido, ya que existen sectores conservadores que generan continuamente estrategias para obstaculizar derechos y que no se llegue a una efectiva implementación de las leyes y programas, imponiendo recursos por medio de la justicia o incorporándose a diferentes partidos políticos.

³⁴ Etnia: conjunto de personas que pertenecen a una misma raza, y generalmente a una misma comunidad lingüística y cultural.

Capítulo II- Campo de Intervención

II- 1- El Barrio IPV Argüello: Redes y Organizaciones que lo Habitan

El espacio en el cual realizamos nuestras prácticas como equipo es el IPV Argüello, al cual lo entendemos como un fenómeno social, político, económico, cultural que consta de una dimensión espacial. No es un espacio neutro y despolitizado, sino más bien significativo tanto para quienes lo habitan, como para los que están fuera de sus límites. El territorio aparece como algo real, tangible y material y como parte del imaginario; se pone en juego como práctica y como representación, como valor cultural, identidad colectiva, especificidad espacial con sus relaciones y dinámicas representativas de cada barrio o espacio particular (Acevedo y Aquín, 2000).

Es un campo de juego construido por dinámicas políticas e institucionales donde interactúan sujetos políticos y organizaciones públicas y privadas quienes establecen relaciones de poder donde el territorio es apropiado y reapropiado simbólicamente sustentando identidades socioculturales, códigos compartidos y relaciones sociales (Acevedo y Aquín, 2000). Bourdieu (1985), afirma que: “El espacio social tiende a funcionar como un espacio simbólico, un espacio de estilo de vida y de grupos de estatus, caracterizados por diferentes trayectorias” (p.136).

Este territorio se encuentra geográficamente al noroeste de la ciudad de Córdoba, a la altura del Bv. Los Alemanes 4900 y delimitado al sur el Canal Maestro. La zona está integrada por distintos barrios, asentamientos y villas: B° 2 de Septiembre (que incluye programas de vivienda designados como IPV 360, 227, 164, 150), B° Granja de Funes II (los 40, naranjitas y la 17), Cooperativa La Florida, Cooperativa Argüello, B° Blas Pascal y un sector de B° Autódromo. Entre los asentamientos se encuentran Cooperativa Atalaya, 3 de noviembre, Cooperativa Triunfo, Cooperativa 28 de Noviembre, Villa Hermana Sierra, Nuevo Progreso, Cooperativa Arapi. Estos dos últimos asentamientos se insertaron hace poco al territorio y se caracterizan por tener muchas familias de migrantes provenientes de países latinoamericanos como Paraguay y Perú, trayendo consigo costumbres y culturas diferentes.

La zona comienza a poblarse desde la década del 80' a partir de los planes del Instituto Provincial de Vivienda (IPV) de Córdoba, por lo que diferentes sectores responden a la

denominación IPV. Este plan realizó la construcción de viviendas con fondos de Nación y Provincia, la adquisición de las mismas se efectuó a través de un crédito accesible y a largo plazo, para un sector de la población asalariada, quedando los ocupantes como propietarios legales de los terrenos. Este proceso se llevó a cabo de manera abrupta debido a que muchos vecinos fueron trasladados a casas inhabitables, sin acceso a los servicios básicos como agua, luz o transporte. También implicó que con el traslado vieran interrumpidos los vínculos y redes que hacen a la vida cotidiana de los sujetos internalizando este proceso de exclusión y persistiendo en la memoria colectiva de estas personas (Entrevista a personal de salud, 17/06/2021).

El origen y gestión de los planes se enmarcan en dos períodos de 1983-1989 y de 1990-1999, siguiendo la matriz³⁵ de las transformaciones ocurridas en el país y particularmente en políticas habitacionales. Pedrazzani (2011), analiza que el resto de las construcciones de viviendas corresponden a planes de relocalización de villas del gobierno de la Provincia de Córdoba y se han producido desde los años 90 siguiendo los lineamientos de los organismos internacionales de crédito, como el Fondo Monetario Internacional³⁶ (FMI) y el Banco Mundial³⁷ (BM). Consideramos que este tipo de políticas focalizadas no hacen más que demarcar la exclusión y la segregación urbana, ya que, en la configuración del territorio, podemos observar una correlación de fuerzas entre las políticas nacionales y las políticas provinciales en los planes de vivienda implementados, por lo que resulta necesario pensar este territorio como varios territorios, es decir territorialidades que van definiendo la identidad de sus habitantes y caracterizan al barrio (Pedrazzani, 2011).

En estos procesos de reubicación coexiste la representación de la ciudad de Córdoba como mercancía, destinada al negocio inmobiliario que opera desplazando a los pobladores que no se ajustan a las normas de consumo, situándoles en las zonas periféricas de encierro a cielo abierto, como ocurre con los barrios ciudad (Boito y Oliva, 2019). Para poder entender de qué se

³⁵ La matriz neoliberal consta de una lógica del endeudamiento que fue fundamental para la implementación de las reformas de los Estados latinoamericanos. Desde la década de los ochenta los organismos internacionales de crédito (FMI y Banco Mundial) se constituyeron en los principales prestamistas y garantes de las deudas. De esta manera impusieron transformaciones de sus economías de corte neoliberal y pro-mercado, orientadas por el denominado Consenso de Washington. (López, Accotto, A et al, 2016).

³⁶ Fondo monetario internacional: es una organización integrada por 184 países, que trabaja para promover la cooperación monetaria mundial, asegurar la estabilidad financiera, facilitar el comercio internacional y promover un alto nivel de empleo y crecimiento económico y reducir la pobreza.

³⁷ Banco mundial: es una organización multinacional especializada en finanzas y asistencia, su propósito es reducir la pobreza mediante préstamos de bajo interés y apoyo económico a las naciones en desarrollo.

trata este proceso de traslado habitacional es necesario afirmar que el debate que se viene dando con relación a la propiedad de la tierra, no es más que un debate sobre el derecho al espacio: entendido como espacio de reconocimiento y constitución de identidades sociales. Si definimos este concepto como soporte material, y como espacio simbólico, podemos pensarlo como lugar antropológico con historias, sentidos y relaciones que aportan a la construcción de subjetividades (Acevedo, 2006).

En el año 2008 el censo provincial arrojó que en la zona habitaban 7.000 personas. En la actualidad, el diagnóstico que realiza el equipo de salud arroja que con la creciente edificación en todos los espacios verdes el número de habitantes del barrio asciende a más de 20.000 personas (Entrevista a personal de salud, 17/06/2021) y una gran mayoría de la población se encuentra en condiciones de trabajo de carácter informal lo cual implica estar descubierto de los beneficios del sector asalariado inserto en el mercado formal del trabajo, como no tener obra social, jubilación y otros beneficios laborales. (Entrevista a personal de salud, 04/08/2017)

Las viviendas del IPV, en algunos casos, presentan diversas refacciones como la ampliación de otra habitación o de un segundo piso. Sobre la situación de las viviendas se observan varias unidades familiares en un mismo terreno (Entrevista a personal de salud, 4/8/2017). En las zonas de los asentamientos, las viviendas son precarias y construidas con chapas, plásticos y maderas. El servicio de transporte es de circulación regular por la calle Fermín Martín, donde se encuentra el centro de salud facilitando su acceso.

Las organizaciones públicas más relevantes de la zona son, en su mayoría, instituciones educativas de nivel inicial y primario: el jardín maternal municipal Garabatos, jardín de infantes Doctor Luis Lezama, jardín de infantes y primaria Ricardo Nassif, jardín de infantes y escuela primaria Hugo Leonelli en donde se encuentra la radio Rimbombante, la casa Red Puentes que trabaja con la problemática de adicciones, la escuela primaria Marta Salloti, y por último, el secundario IPEM 18 'Federico Cumar'. Es importante mencionar que la cantidad de instituciones educativas que hay en el territorio se vincula con la acción de los pobladores por el acceso a la educación (Pedrazzani, 2011).

Las organizaciones de carácter informal están sustentadas por el trabajo colectivo y comunitario de los vecinos, como son las copas de leche y los comedores. Muchas de ellas se

organizan en torno a redes más amplias como el Movimiento Evita³⁸, la Dignidad³⁹ y Patria Grande⁴⁰, entre otras. Además de las iglesias y otros espacios independientes, que trabajan día a día para cubrir las necesidades alimentarias especialmente de niños y ancianos. Actualmente hay alrededor de 40 comedores en la zona de Arguello y en el IPV 20 aproximadamente (Entrevista a referente barrial, 24/01/2022).

La organización comunitaria se genera a raíz de una necesidad, algo de lo cual se carece, no se piensa a largo plazo sino en relación a lo urgente, a lo diario. Para ejemplificar esto podemos mencionar la imposibilidad de una calle en condiciones para que transite el transporte público, generó una estrategia de protesta por parte de la gente del barrio con el corte de los accesos, para que se pavimente la avenida principal por donde transitan los colectivos. Además, podemos destacar que en el contexto pre pandemia y durante el transcurso de la misma, se gestionaron comedores y merenderos en domicilios particulares, como respuesta a la situación de crisis sanitaria - económica acontecida en dicho contexto. En el periodo de Aislamiento Social Obligatorio⁴¹ (ASPO) aumentaron la cantidad de comedores, según refiere... “con la pandemia si surgieron mucho más comedores de los que ya venía de lo que ya había por lo que había generado todo en la Macri pandemia” (Entrevista a referente barrial, 24/01/2022). Actualmente se encuentran más de 40 comedores y merenderos autogestionados por los vecinos y las organizaciones sociales. Además, en el barrio existe una red, que se denomina Red Agenda creada en el 2004, en la que participan actores de la zona, entre los que se encuentra el centro de salud N°57. Dicha red inicialmente fue construida con el objetivo de crear una agenda común para tener incidencia ante las autoridades municipales y el reconocimiento de problemáticas y necesidades comunes, enmarcada en la segunda caída del centro de salud.

³⁸ Movimiento Evita: organización política y social que nació en el 2006. Es una de las organizaciones sociales más grandes, discutidas y singulares de la Argentina, y un participante activo de su escena política. De alto perfil público, enorme capacidad de movilización y agenda política propia, logrando arraigo en cientos de barrios populares de casi todas las provincias.

³⁹ Movimiento La Dignidad: es una organización con base territorial en la ciudad de Buenos Aires. Organización social con anclaje en barrios populares y villas.

⁴⁰ Frente Patria Grande: es un frente político de orientación progresista y de posición de izquierda. Está conformado por distintas organizaciones políticas y sociales.

⁴¹ ASPO: este fue decretado por el gobierno nacional en los primeros meses de la pandemia por el COVID 19 y significaba que las personas no podían salir de sus viviendas, no asistir a sus jornadas laborales, y la prohibición de circular por rutas y espacios públicos.

Actualmente, la Red está conformada por instituciones de distintos niveles escolares del barrio: jardín y primaria de las escuelas Leonelli, Salotti y Ricardo Nassif; el Centro de Salud 57; el Centro de desarrollo infantil Juana Azurduy. Estas instituciones/organizaciones en forma conjunta realizan la gestión y puesta en marcha de distintos proyectos socio-culturales para la generación y mantenimiento de espacios en el barrio, destinados a niños y jóvenes, como el cine comunitario, la Radio Rimbombante y la biblioteca ambulante. A su vez, se promueve la recuperación de los espacios públicos a través del mejoramiento de las plazas y de la realización de murales con la temática de los derechos del niño (Giraudó et al, 2012).

El Estado, a través de sus instituciones educativas y de salud, debe asumir su rol indelegable como garante y promotor de derechos y construir junto a los vecinos y organizaciones barriales las actividades que generen la participación social, promoviendo el protagonismo de estos actores (Arrausi y Guardia, 2016). La red Agenda se formó como una estrategia para dar respuesta ante las demandas y necesidades de la comunidad utilizando la interacción social, generando un intercambio dinámico entre personas, grupos e instituciones, a partir de intereses comunes (Arrausi y Guardia, 2016).

Castells (2004) en Dabas y Najmanovich (2007), conceptualiza a una red social como un conjunto de nodos interconectados que tiene las características propias del contexto en el cual están instaladas. Son estructuras abiertas que pueden expandirse ampliamente sin límites, integrando nuevos nodos mientras puedan comunicarse entre ellos. Su característica de modificación constante, es una fuente de reorganización de las relaciones de poder de los miembros de dicha red, convirtiéndose en verdaderas fuentes para estructurar y guiar a las sociedades (Dabas y Najmanovich, 2007), comprendiendo dos dimensiones, una que hace a lo vincular y otra a las nociones que se comparten para actuar en conjunto (Dabas y Perrone, 1999). Estas trabajan en la concepción común de determinadas problemáticas para abordar el trabajo colectivo.

El centro de salud N°57 utiliza las redes y los referentes para vincularse con las familias que tienen dificultades, como una forma de fortalecer el protagonismo de estas personas que trabajan de manera comunitaria para el bien del barrio, pero sin dejar de lado la posición de las disciplinas que forman parte del dispensario. Las redes de trabajo colectivo y solidario entre los

centros de salud y las organizaciones sociales, especialmente en pandemia, constituye una estrategia que potencia el trabajo territorial e intersectorial para la atención de demandas de sectores en situación de pobreza vinculadas a múltiples problemáticas, como pérdida de trabajo o enfermedad. Los mecanismos de organización de abajo hacia arriba, cooperar y trabajar en red, revalorizan la autonomía de los equipos de salud (Bilavcik, Crosetto y Bosio, 2022).

Cuando hablamos de espacios no nos referimos a sitios físicos con dimensiones limitadas, que pueden ser utilizados o no para realizar diversas actividades por personas o grupos; sino de un espacio que cobra un significado y es utilizado para generar lazos y compartir experiencias, hechos que le otorgan identidad y los convierte en lugares de pertenencia. Los espacios brindan opciones y también interpelan la imaginación y capacidad institucional para transformarlo.

El centro de salud N° 57 por su capacidad de generar y fortalecer redes y alianzas es un actor político, que aborda la salud desde el paradigma de lucha y transformación. Desde este paradigma los agentes que trabajan en estos espacios, se comprometen con las necesidades y demandas de los vecinos, con actividades comunitarias y articulación con las diferentes organizaciones, convirtiéndolos en protagonistas y constructores de sus propias realidades para que puedan con este acompañamiento buscar soluciones a las condiciones que limitan su vida, cambiando así el estado de las cosas, desde el deseo transformador. (Ferrandini, 2011). De lo que se trata es de que las personas puedan tomar sus propias decisiones sobre su vida sexual y reproductiva con libertad y que estén amparadas por el sistema de salud. En definitiva, este paradigma nos permite entender a la salud de forma colectiva. La APS tiene grandes fortalezas para potenciar estos procesos y se comprende desde el trabajo local-territorial y al acceso a los servicios de salud en el marco de una cotidianeidad que no siempre está presente en los otros niveles de atención, ya que no trabajan tan íntimamente con los sujetos (Scarpino, Bertona y Ramia Villapando, 2018).

II- 2- Centro de Salud N°57- IPV Argüello

Para comprender la estructura, funcionamiento y roles que se desarrollan en la institución de la que forma parte el centro de salud N°57, retomamos los aportes de González (2008), quien comprende a las instituciones como conjuntos de normas, valores -escritos o no-, que

tienen incidencia en el comportamiento de los sujetos estableciendo límites, manifestándose en la reproducción de las relaciones sociales, en el conjunto de significados y representaciones que se materializan en organizaciones concretas donde desarrollan sus objetivos, cuentan con espacio físico para realizar sus actividades y con el capital humano necesario y preparado para la concreción de las acciones (González, 2008).

Las relaciones sociales desarrolladas pensadas en este ámbito permiten pensar a las instituciones como relaciones de poder que no se dan de manera jerárquica sino, que circula de manera dinámica, manifestándose en las relaciones informales de las prácticas cotidianas (Foucault, 1992).

El centro de salud conforma la organización que le otorga sustento material al sistema de salud, convirtiéndose en un canal de mediación entre la institución y los sujetos. Las organizaciones se presentan como un campo tangible de tensiones y manifestaciones que corresponden a un contexto histórico - político particular y, además, como resultado de las acciones de los sujetos que las transitan (Rossi, 2008).

Con respecto a la historia del centro de salud podemos mencionar que éste se inauguró a fines de la década del '80 cuando un equipo de profesionales fue convocado para la tarea de poner en marcha este proyecto. En sus inicios estaba constituido por profesionales de medicina (mediques y enfermeras), para desarrollar grupos de Atención Primaria con inserción comunitaria. La primera actividad implementada consistió en asistir al barrio y realizar un relevamiento de las principales necesidades de la población (El 57, Documental, 2014).

En sus inicios dependía del organismo municipal de esa época, la Dirección de Atención Periférica. El centro de salud funcionaba en una casa del IPV Rosa, al poco tiempo de inicios de actividades se incorpora al equipo una trabajadora social, que era la encargada de realizar entrevistas y otras actividades. No contaban con edificio propio, ni comodidades para la atención de los usuarios. El primer director del centro de salud, expresa lo acogedor y receptivos que eran los vecinos pese a las dificultades mencionadas (El 57, Documental, 2014).

En 1994, bajo la intendencia de Rubén Martí, se mudan al edificio donde está emplazado actualmente, en la calle Fermín Martín. En el transcurso de los años, diferentes situaciones referidas a las condiciones de infraestructura del centro de salud, falta de insumos y personal, produjeron que la comunidad tomara una posición protagónica frente a estas cuestiones desarrollando estrategias para su resolución desde la organización colectiva.

La infraestructura del centro de salud siempre fue deficitaria y con problemas de estructura para un funcionamiento seguro. Esta situación generó que la propia comunidad se organizara, junto con los efectores y el gremio de Sindicato Unión Obreros y Empleados Municipales (SUOEM), quienes lo declararon inhabitable. En esta ocasión, la Dirección de Atención Primaria toma la decisión de que el centro de salud deje de funcionar y el equipo de profesionales tuvo que migrar a otros espacios, como el centro de salud N°33 y el centro vecinal.

Frente a este segundo episodio, se presentan tensiones internas y contradictorias entre las disciplinas médicas y el resto de los profesionales, que dificultan la continuidad de las actividades correspondiente a demandas destinadas a ser presentadas en la municipalidad. Las contradicciones mencionadas generaron obstáculos en la puesta en marcha de actividades de la Red Agenda y como consecuencia de ello, el edificio quedó totalmente abandonado (El 57, Documental, 2014).

En el año 2008, se vuelve a reabrir el centro de salud. El intendente Daniel Giacomino firmó el compromiso público por el derecho a la salud por parte de las autoridades y los profesionales. Aunque este convenio duró poco, debido a que en el año 2012 los vecinos tomaron el centro de salud, reclamando por el mal estado, falta de insumos y personal. Dicha toma⁴² duró 3 meses aproximadamente y la comunidad con su organización y compromiso toman un rol protagónico en la defensa del acceso a la salud pública.

En la actualidad, los espacios de atención primaria están atravesando un proceso de reestructuración, desplazamientos y rotaciones de profesionales, lo que ocasiona muchas veces ausencia de intervención en determinados campos como los de salud sexual, trabajo comunitario y la desarticulación del trabajo interdisciplinario al faltar disciplinas para un abordaje integral.

Las necesidades y demandas que atienden en el centro de salud tienen que ver con las específicas de la APS como:

- La atención de niños sanos;
- Control de embarazo;
- Control de enfermedades crónicas como diabetes;
- Todas aquellas actividades de promoción de la salud colectiva y comunitaria a través de talleres que hacen a la participación e involucramiento de los profesionales y vecinos.

⁴² Forma de reclamo donde los manifestantes ingresan a un lugar y no permiten que otras personas ingresen. Existen tomas de espacios públicos, privados y de extensiones de tierra.

Con respecto al PNSSyPR, las demandas se encuentran vinculadas a:

- controles ginecológicos;
- acceso a consejerías para conocer y poder elegir el método anticonceptivo, etc.

En cuanto a las demandas dirigidas a Trabajo Social se relacionan con:

- acceso al documento nacional de identidad;
- problemas de violencia de género;
- consumo problemático de sustancias;
- problemas habitacionales;
- problemas de acceso al agua potable;
- problemas de acceso a los servicios de salud;
- todo lo respectivo al programa Salud Sexual y Procreación Responsable;
- acceso a prestaciones para personas con discapacidad;
- dificultades para acceder al 2° y 3° nivel de atención;
- vacunas inyectables, etc.
- como demandas comunitarias, tanto de infraestructura como organizativas como por ejemplo de comedores y consejos barriales.

Estas demandas se encuentran en constante aumento. El centro de salud tiene menos apertura horaria, pocos profesionales y un incremento demográfico poblacional, lo que dificulta la atención integral y completa a los vecinos y, en época de pandemia, se evidenciaron las desigualdades e inequidades que sufren la comunidad en relación al acceso a la salud, aunque hubo esfuerzo para cubrir esas necesidades no fueron suficientes. La preocupación central pasó por la atención de cuadros febriles, dejando en segundo lugar actividades de promoción, prevención de la SSR y (no) R (Entrevista a personal de salud, 17/06/21).

II- 2- a- Abordajes Interdisciplinarios en el Campo de la APS: el Rol del Trabajo Social.

El Trabajo Social como profesión conlleva un aporte significativo para el abordaje en la comunidad, ya que promueve la participación de los vecinos en los diferentes programas que el centro de salud N°57 realiza, generando vínculos y al mismo tiempo hace un trabajo interdisciplinario con otras profesiones donde se construye un diálogo, se diseñan estrategias y nuevos saberes, para resolver problemas con la conjunción de distintas áreas. Todas las acciones realizadas dentro de la perspectiva comunitaria buscan promover la transformación positiva de la

población, procurando afirmar la igualdad, solidaridad y autonomía de los vecinos, consolidando los procesos de participación ciudadana (Rodríguez, 2019).

Rodríguez (2019), entiende al Trabajo Social Comunitario desde las concepciones de disciplina social y humana, comprendiendo y revalorizando a los sujetos de las comunidades con sus recursos y capitales necesarios para la resolución de sus necesidades generando espacios para dar respuestas a las mismas. Pertenecer a las tramas comunitarias implica el compromiso de corresponder o acordar colectivamente a través del consenso, para cubrir la satisfacción de las necesidades que se reproducen en la vida cotidiana, es por ello que la población adquiere un rol protagónico (Gutiérrez y Salazar Lohman, 2015).

Desde el centro de salud N°57 el abordaje comunitario e interdisciplinar se trabaja desde la conjunción de la APS, promoviendo la participación de los vecinos en los diferentes programas desarrollados. Por ello, desde la DAPS se articula con distintas disciplinas, buscando garantizar el abordaje interdisciplinario en el primer nivel de atención, como una manera de llegar a las comunidades e intervenir en las problemáticas de manera global e integral (Giraudó et al, 2012).

Por este motivo el Trabajo Social disputa ese reconocimiento con otras profesiones, trabajando en conjunto en actividades de planificación, desarrollo y ejecución (Entrevista a personal de salud, 10/06/21). Esto nos lleva a pensar, citando a Cazzaniga (2014), en la legitimidad del Trabajo Social frente a otras profesiones. Entendiendo a la misma, como los reconocimientos y valoraciones que presentan y reproducen las profesiones en la sociedad, estas deben estar respaldadas por un conocimiento científico e instituciones educativas que la legitiman.

La compleja trama social lleva a pensar el abordaje de las problemáticas de manera interdisciplinar, como expresa Cazzaniga (2014), "... la complejidad de los nuevos problemas sociales hace que ninguna profesión en particular sea capaz de dar respuesta global a los mismos" (p.6). Por ello, podríamos conceptualizar la interdisciplina como la conjunción de conocimientos, saberes y lenguajes diferentes que buscan abarcar la complejidad de problemas que viven los sujetos. Es decir, la interdisciplina se propone desde la riqueza que aporta la diversidad de conocimientos, metodologías y tensiones propias que se generan entre las profesiones, reconocen el contexto social como parte esencial de la realidad, busca dar respuestas a las problemáticas presentes (Cazzaniga, 2002).

Cabe aclarar que durante la pandemia la agenda del Estado Provincial definió a los problemas y prioridades en salud imponiendo programas de acción hospitalarios con un enfoque biomédico⁴³ y hospitalocéntrico, dejando al primer nivel de atención de salud a la deriva por lo cual las estrategias que fueron poniendo en marcha fueron variando según las necesidades y el contexto, pero sin pautas claras (Bilavcik et al, 2022). En esta situación el Trabajo Social fue un actor invisibilizado que, por formación, tuvo un contacto más directo con la comunidad y fue le encargade de sostener redes, ampliarlas y poner el cuerpo en situaciones donde el área de emergencia social del municipio y el Ministerio de Desarrollo de la Provincia no pudieron dar respuestas.

El equipo interdisciplinario que conforma el centro de salud realiza reuniones semanales en las cuales se discuten y disputan distintos criterios correspondientes a los diversos campos profesionales, estando presentes acuerdos y desacuerdos que ponen en tensión los capitales y estrategias en las intervenciones. Sin embargo, en el contexto de pandemia en el cual desarrollamos nuestras prácticas pre profesionales, se evidenciaron dificultades para que todes les profesionales participen en las reuniones, intervenciones fragmentadas, prevaleciendo el modelo médico hegemónico, priorizando lo biológico donde el abordaje interdisciplinar es complejo de llevar a cabo. Este hecho se agrava por la falta de profesionales como psicologues y el crecimiento exponencial de la comunidad (Entrevista a personal de salud, 17/06/21). No obstante, el punto de convergencia del equipo es la protección de los derechos y la atención desde la inclusión, pero se necesita una corresponsabilidad en la atención a ese otre que asiste al centro de salud. La situación de pandemia dejó al descubierto que el Trabajo Social se ha reinventado permanentemente para dar esas respuestas articulando con trabajadores sociales de otros centros de salud como una forma de intercambio de estrategias para hacer frente a las situaciones inéditas que este virus trajo consigo. La generación de lazos fuera y dentro del centro de salud fueron importantes, con otros profesionales, otros espacios y referentes territoriales, que, por la demanda, tuvieron más acceso a casos particulares.

El trabajo de salud comunitaria implica acciones de promoción y prevención con otras instituciones del barrio por lo cual durante la pandemia de COVID 19 se dio continuidad a las

⁴³ El modelo biomédico entiende que cualquier patología tiene una única causa, y que al ser ésta de naturaleza puramente física, la acción que se acometa para resolverla implica una manipulación quirúrgica o farmacológica. Para alcanzar este propósito se recurriría a dos estrategias básicas: el diagnóstico médico y la intervención de la estructura anatómica o el restablecimiento del equilibrio químico.

asesorías a instituciones y la mesa de organizaciones barriales para dar respuestas a los problemas surgidos por este contexto. Sin embargo, en forma paralela se dificultó seguir adelante con los talleres de Educación Sexual Integral (ESI) y otras temáticas para niños, jóvenes o docentes, además de los proyectos de caminata organizado por la nutricionista o las clases de zumba a cargo del área de enfermería (Entrevista a personal de salud, 17/06/21). Cabe destacar que la trabajadora social es quien sostiene las actividades fuera del centro de salud como la participación en la Radio Rimbombante y los relevamientos a los comedores comunitarios del IPV.

Con respecto a la SSR y (no) R en época de pandemia, la atención a las personas gestantes funcionó dentro de los consultorios en los espacios de consejería debido a la falta de recursos del PNSSyPR. Es interesante destacar que, si bien los recursos disminuyeron, la demanda se incrementó ya que los vecinos no lograban acceder al segundo nivel, por este motivo, cuando aparecen problemas de salud complejos no concurren al nivel correspondiente asistiendo al primer nivel, aumentando la demanda y dificultando la continuidad de actividades del centro de salud (Entrevista a personal de salud 17/06/21).

Es pertinente reconocer que coincidimos con el centro de salud en las acciones orientadas a la salud integral, como un estado de bienestar mental, físico y social, coexistiendo una mirada de derechos y de participación. Esta concepción también surge en algunos vecinos que tienen una trayectoria de compromiso con la comunidad. Aunque no todas las historias reflejan la misma relación con el centro de salud, el abordaje comunitario de las APS posibilita la vinculación y acercamiento de las familias.

II- 2- b- Funcionamiento del PNSSyPR en el Centro de Salud N°57.

El programa de sexualidad y procreación responsable desarrolla acciones para la prevención del embarazo no planificado, la provisión de anticoncepción, controles de embarazo, análisis y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, accesibilidad al programa de cáncer de cuello uterino y de mamá, Papanicolau, derivaciones para mamografías, etc. (Entrevista a personal de salud, 07/09/21). Es un proyecto muy amplio ya que incluye a la salud, la reproducción y la no reproducción. El equipo de salud hace acompañamiento a las personas con capacidad de gestar que desean tener hijos y cuidado del embarazo como también la prevención

de embarazos no deseados y el acompañamiento en casos de IVE/ILE⁴⁴ (Entrevista a personal de salud, 26/07/21).

En la consejería se realiza, interdisciplinariamente, una entrevista con le trabajadore social, una enfermera y una médique y se le da toda la información a le sujeto para que tome la decisión tranquila, informada, sin ser prejuizada. Se hace un acompañamiento para el tratamiento ambulatorio en su casa o si viven cerca del centro de salud se les ofrece un consultorio o el personal puede ir al domicilio. El seguimiento y el acompañamiento siempre está presente en estos casos, aunque sea de forma telefónica (Entrevista a personal de salud, 22/07/2021).

Los MAC incluidos en el PNSSyPR son asignados mensualmente, durante el año 2020, y en el contexto de pandemia, la metodología utilizada para el funcionamiento del programa consistía de la siguiente manera: todos los meses la persona concurre al centro de salud a retirar el método y se registra en las planillas, cuando éste asistió al servicio de consejería y ya tiene la información; si lo retira por primera vez se le otorga una charla informativa donde se elige el método que ésta necesita según su situación de salud, edad o estilo de vida. Sin embargo, se registraron faltantes y recortes en la distribución tanto en frecuencia como en cantidad, lo cual genera un obstáculo para que las personas puedan acceder al MAC correspondiente (Entrevista a personal de salud, 17/06/21). El servicio de enfermería tiene la capacidad de brindar información, el acceso rápido a este servicio. Si le usuaria necesita hormonas o la colocación de un método de larga duración, como el implante o el diu, se le otorga un turno con el médico (Entrevista a personal de salud, 22/07/2021). Además, se realiza la entrega de anticonceptivos de manera gratuita, como lo prevé la ley nacional, y se brinda consejerías en SSR y (no) R, para brindar asesoramiento y acompañamiento sobre anticoncepción y embarazo (Allende y Domínguez, 2019).

Los profesionales del equipo del centro de salud N°57 del IPV Argüello realizan actividades comunitarias orientadas a la promoción y prevención de la salud sexual y (no) reproductiva. La premisa que les moviliza es que el acceso a la información y conocimiento de los derechos que son indispensables para poder ejercerlos y gozar de una ciudadanía sexual plena. Una de las acciones de promoción es la participación activa en la radio comunitaria “La

⁴⁴ IVE: interrupción voluntaria del embarazo. ILE: interrupción legal del embarazo.

Rimbombante” en los programas Rimbosalu’ (producción) y Mujeres con todo al aire (en la producción y la locución), junto a referentes y vecinos de la comunidad para sensibilizar y promover estos derechos.

II- 2- c- Ley 27.610 y su Implementación en el Territorio; Logros y Dificultades.

La ley 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo se aprueba el 30 de diciembre del 2020 y viene a ampliar la ciudadanía sexual de mujeres y personas gestantes que tenían la necesidad de poder decidir sobre sus propios cuerpos sin coerción y arriesgándose en abortos clandestinos. Este derecho estaba reconocido ya en el código civil en situaciones incluidas dentro de dos causales: cuando existe riesgo en la vida de la persona o en caso de violación.

Desde la sanción de esta ley estamos al frente de un modelo mixto, de conformidad con los principios de progresividad y no regresividad de los derechos humanos, incorpora la interrupción voluntaria del embarazo hasta la semana catorce (14) inclusive del proceso de gestación, y mantiene actualizadas, las causales ya previstas en el Código Penal de la Nación desde 1921 y los lineamientos fijados por la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) en el fallo “F., A.L (s/medida autosatisfactiva” del 13 de marzo de 2012) (Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva “DNSSR”, 2021).

Para garantizar el acceso de las personas a este derecho existe un protocolo de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva publicado el año 2021 a los fines de ofrecer una atención integral, para lo cual es necesario: 1) Brindar un trato digno. 2) Asegurar la privacidad y la confidencialidad. 3) Promover y respetar la autonomía. 4) Intercambiar información amplia y completa. 5) Garantizar atención de calidad. 6) Ofrecer consejería en anticoncepción y cuidados posteriores al procedimiento (DNSSR, 2021).

La ley reconoce que los profesionales pueden apelar a la objeción de conciencia, sin embargo, este recurso con el que cuentan para no realizar una IVE - ILE es personal y no institucional, y en ese caso debe derivar a la persona con un profesional que le garantice la intervención. Además, el personal de salud no podrá negarse a la realización de la interrupción del embarazo en caso de que la vida o salud de la persona gestante esté en peligro y requiera atención inmediata e impostergable. En ningún caso debe dilatarse la atención por temas personales de la profesional y debemos tener en claro que la dilatación, la obstaculización y/o la

negación de forma injustificada en la práctica de la interrupción del embarazo acarrea responsabilidad penal, civil y administrativa, de conformidad con la Ley 27.610 (DNSSR, 2021).

El artículo 12 de la ley mencionada, establece que todos los efectores de salud ya sean privados o públicos deben incorporar la cobertura integral y gratuita de la IVE-ILE en todas las formas que la OMS recomienda, con una cobertura integral de la práctica, junto con las prestaciones de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo. En este sentido, cada efector tiene responsabilidades y obligaciones para la garantía del tratamiento y la atención posaborto. Para cumplirlas es necesario que tenga recursos, mecanismos y personal sanitario. Por lo cual la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva debe garantizar la provisión oficial del medicamento que se utiliza para realizar la interrupción que es el misoprostol de 200 mg a través del programa Remediar (Molina, 2021).

La implementación de la ley en el Centro de Salud N°57 busca garantizar el derecho de todas las personas a acceder a la interrupción del embarazo. En este sentido, implementa un dispositivo de consejerías pre y post aborto que se garantizaba antes de la reglamentación de la ley en el país con el objetivo de reducir los riesgos y daños que ocasiona esta práctica realizada en condiciones inseguras (Allende y Domínguez, 2019).

Las consejerías brindan información sobre todas las alternativas posibles en relación al embarazo y los posibles riesgos relacionados con el tratamiento abortivo y la información sobre los procedimientos para llevarlo a cabo. “En la consulta posterior al aborto se trabaja con la mujer y/o persona gestante sobre la anticoncepción con el objetivo de que pueda elegir el método más conveniente según sus necesidades” (Allende y Domínguez, 2019, p.43). Por tratarse, en general, de procedimientos de baja complejidad, la atención de las mujeres y personas con capacidad de gestar que requieren de una IVE/ILE puede realizarse en el primer nivel de atención o de forma ambulatoria. Sin embargo, es necesario que sea posible brindar una atención integral en todos los niveles del sistema de salud en casos de personas que presenten eventuales complicaciones, se encuentren en etapas más avanzadas del embarazo o cuando hubiera un compromiso de salud y fuera conveniente realizar el procedimiento bajo supervisión médica (DNSSR, 2021).

Con respecto a los pasos para esta atención dentro del Centro de Salud N°57 identificamos que se hacen acompañamientos a cargo de los profesionales, para la interrupción del embarazo, donde al comienzo se realiza la consejería para informar de manera acabada sobre

el procedimiento y luego entregar la medicación para la intervención ambulatoria; para el acceso a este recurso se desarrollan estrategias para agilizar la gestión del misoprostol ante el Estado Nacional en los casos donde no se cuenta con el recurso en ese momento, o utilizando la red de profesionales de la Comisión de salud sexual y reproductiva que funciona en la DAPS para conseguirlo (Entrevista a personal de salud, 07/09/21).

Creemos interesante tomar los aportes de Bosio y Crosetto (2020) que expresan que las intervenciones de los agentes estatales son configuradoras no sólo del habitus institucional, en este caso del centro de salud N°57, sino también de los habitus referidos a las trayectorias sociales, ideológicas y de los campos de cada uno de los integrantes del equipo de profesionales. “El concepto de representaciones unifica e integra lo individual y colectivo, lo simbólico y lo social, el pensamiento y la acción en un momento histórico determinado, de acuerdo a la posición ocupada dentro de la estructura social” (Bosio y Crosetto, 2020, p.16).

II- 4- Sujetos de Intervención- Conceptualización, Cambios y Discursos

Las autoras Custo y Fonseca (1997), definen a le sujeto de intervención atravesado por necesidades, por su historia, las condiciones objetivas donde se desarrolla su vida cotidiana, insertes en un espacio donde circulan las relaciones de poder y a su vez tiene la capacidad de transformar aspectos de su realidad muchas veces, desde la organización en espacios colectivos. Por ello contextualizamos a los sujetos que asisten al centro de salud N°57 como parte de un barrio popular donde la organización y la solidaridad dan lugar a las demandas que surgen de los sectores más necesitados, y es allí donde emergen los referentes barriales de estos sectores sociales, que visibilizan las necesidades para mejorar las condiciones de vida de los mismos (Rivero y Del Prado, 2019).

Los sujetos de intervención de nuestra práctica son las mujeres y personas gestantes a quienes concebimos como sujetos de derechos, pero no derecho en el sentido formal y estricto de que gozan por ser ciudadanes, reconocidos en la Constitución y las Leyes, sino por un conjunto específico y creciente de derechos que les permiten ejercer una forma efectiva de ciudadanía (Acevedo, 2011). Están insertes en un contexto cambiante que nos permite catalogarles como una clase interactiva debido a que tienen conciencia de sus características, sus conductas, su clasificación, la cual es construida por la sociedad y las instituciones que la atraviesan. Ser

consciente de los aspectos negativos o que necesitan modificarse hace que se produzcan cambios en la clase evolucionando y transformando estas características propias para buscar modificaciones, renovando la forma en que los individuos tienen experiencia de sí mismos. Se produce una interacción entre el individuo caracterizado y su clasificación, que se denomina efecto bucle (Hacking, 2001). Teniendo en cuenta que los cambios en las clasificaciones, generan alteración en las intervenciones sobre los sujetos y la clase a la que pertenecen, podemos ver cómo esto se ve reflejado en las políticas estatales.

Para explicar más detalladamente los efectos bucles que identificamos, definimos al género como el conjunto de prácticas e ideas, discursos y representaciones sociales que atribuyen características específicas a mujeres y varones. Es un concepto socialmente construido a partir de las diferencias anatómicas entre los sexos (Lamas, 2000). La segunda ola del feminismo permitió disputar los sentidos en torno a los roles/funciones/atributos desde una mirada histórica y social que generó diferencias entre géneros relegando el rol de las mujeres a la esfera privada, siendo madres y esposas. La cultura patriarcal ha señalado siempre a la mujer como dotada de cariño, emotividad y su rol principal es la de cuidadora de la familia y de los hijos con un gran espíritu de sacrificio hacia ellos, y relegando sus sueños personales (Beauvoir, 1949). El efecto bucle que podemos identificar remite a la historia contemporánea de las mujeres donde la irrupción de las feministas en la arena política hizo visible estas características atribuidas. Con la segunda ola del feminismo contextualizada en los años 60-70 se comenzó a cuestionar la imposición de la categoría mujer-esposa-madre, se empieza a luchar por la autonomía sobre sus propios cuerpos, generando que hoy en la actualidad las mujeres hayan conseguido instalarse en roles sociales más relevantes y tengan conciencia de su ciudadanía sexual.

Es importante el análisis histórico de las funciones, mandatos atribuidos a las mujeres, que no sólo considere las estructuras económicas, sociales y políticas tradicionales, sino también las dimensiones de la esfera privada, la sexualidad, la familia, la salud y el trabajo doméstico, la socialización de los niños y el cuidado de los adultos mayores, establecer una visión integral de la experiencia de las mujeres y la complejidad de las relaciones entre los sexos (Nash, 1984).

Se produce otro efecto bucle que nos permite complejizar a los sujetos cuando en la Ley 27.610 se incluye la categoría persona gestante como una forma de visibilizar que no sólo las

mujeres abortan, sino que hay otras identidades que también necesitan que se escuchen sus voces sobre esta temática. Además, estaban sujetes a la clandestinidad en esta práctica y a partir de la ley exigen una atención adecuada a su pedido de interrupción del embarazo. La ley mencionada en su artículo N°5 dice: “el personal de salud debe observar un trato digno, respetando las convicciones personales y morales de la paciente, para erradicar prácticas que perpetúan el ejercicio de violencia contra las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar”, visibilizando otras identidades que sufrieron y sufren opresiones por parte de la sociedad dejando atrás una visión reduccionista y dicotómica. Son aquellos cuerpos que tienen útero pero que no se autodefinen como "mujer" ya que la identidad sexual no tiene que ver con los genitales. Este grupo está compuesto por lesbianas, hombres trans y personas no binarias (Máscolo, 2018). No son iguales los mandatos que existen para las mujeres y los que existen para ellos, la transgresión es mayor para los cuerpos que salen de la heteronormatividad (Lagarde, 2001).

Para comprender las categorías que atraviesan a los sujetos en territorio utilizamos el concepto de interseccionalidad, no como una forma de identificar y sumar opresiones sino como una forma de reconocer las vulneraciones de derechos existentes. Este término nace en las décadas de 1960 y 1970 en Estados Unidos a través del movimiento feminista negro que ponía énfasis en desnaturalizar la categoría de mujer heterosexual, burguesa, blanca y occidental del feminismo clásico y visibilizar las opresiones que sufrían las mujeres negras al no ajustarse a estos patrones (Corpas Figueroa, 2020). Por ello, se centra en las desigualdades sociales y analiza las interacciones entre estructuras sociales, representaciones simbólicas y procesos de construcción de identidad que son específicos de cada contexto (Platero 2012). Este concepto nos remite al entramado de categorías como clase, género, raza y heterosexualidad que atraviesan los sujetos, construidas en el tiempo y posicionadas en un contexto específico. Lo que les imprime una lectura del tiempo y espacio social, económico y cultural que habitan y la manera en la que se relacionan con otros (Bertona, Ramia Villalpando y Scarpino, 2017).

Apuesta a la comprensión de las relaciones de poder y los contextos donde se reproducen las desigualdades sociales, visibilizando diferentes realidades, como por ejemplo el acceso a derechos como la salud, la educación y a oportunidades de trabajo, a bienes materiales como la vivienda, etc. (Magliano, 2015). Da cuenta también de cómo las religiones, en esa lógica de

asimetría de poder atraviesan a las poblaciones vulnerables ya que han sido históricamente: “reguladores de la moral y donde legitiman las relaciones sexuales que deben cumplir con dos requisitos: estar abierta a la reproducción, es decir desplazar al deseo y el segundo requisito; darse dentro del matrimonio como institución” (Morán Faundes, 2012, p 53,54).

Platero (2012, citado en Corpas Figueroa, 2020) expresa: les sujetos construyen sus identidades y por ende sus subjetividades se ven interpeladas en el margen la exclusión de los patrones heteropatriarcales. Sin embargo, también se da lugar a las resistencias y a los procesos de empoderamiento de las comunidades, permitiéndonos afirmar la dimensión política en las relaciones presentes y estrategias desplegadas por los movimientos sociales para disputar temas en la agenda pública.

Nos parece importante remitirnos a la interseccionalidad y las categorías descritas al comienzo para poder reflexionar cómo estos patrones opresivos se naturalizan, forman parte de la cotidianidad y de las sexualidades de les vecines del IPV de Argüello.

La categoría de género, siguiendo el pensamiento de Butler (2004), la podemos definir como el mecanismo a través del cual se reproducen y se naturaliza el binarismo masculino/femenino, como proceso que simboliza la diferencia sexual y se forman a partir de las tradiciones culturales. Esta categoría abstracta se define por la acción simbólica colectiva, es decir, por el proceso de conformación del orden simbólico, a través de las ideas, prácticas y discursos que denotan los modos de comportamientos de hombres y mujeres y encuentran su mayor grado de imposición a través de los ritos de iniciación como expresa Godelier (1986, como se citó en Lamas, 2000), estos ritos conforman un dispositivo central de dominación masculina que legitima la violencia simbólica, es por ello, que se acepta y se ratifica la superioridad masculina sobre la femenina.

Siguiendo los aportes de Facio y Frías (2005), el patriarcado comprende el componente biológico que posiciona a lo masculino en superioridad a lo femenino, justificando los mandatos sociales y culturales que oprimen y violentan los cuerpos feminizados. Este sistema atraviesa y condiciona todas las instituciones, no obstante, la familia constituye la institución que refleja de manera más clara las jerarquías de roles; en ella el jefe de familia es el padre y quien tiene autoridad absoluta sobre el resto de los miembros. Este sistema subordina a las mujeres se

reproduce y proyecta a las demás instituciones de la sociedad civil interpelando el espacio público y relegando las mujeres al ámbito de lo privado – doméstico.

La teoría del género en estos últimos tiempos está teniendo un avance significativo, ya no existen dos identidades, sino múltiples, que van variando de acuerdo a la época, la clase social, la raza, etc. Esta se centra en los enfoques de la teoría queer y los estudios de diversidad LGTBIQ+. Los estudiosos de género engloban ahora el autoconcepto, les interesa lo que una persona siente por otra persona (ya sea o no del mismo sexo) puesto que cada persona siente, ama, se erotiza y desea de manera diferente.

En contraparte a la categoría de género podemos identificar al heterosexismo que consiste en un sistema de códigos, valores y creencias que rechaza, inferioriza y estigmatiza toda forma de comportamiento o relaciones diversas. En la sociedad actual predomina un modelo de sociedad patriarcal, androcéntrica y heterosexual. Esta categoría está institucionalizada en el trabajo, la educación, la política, el derecho, el lenguaje, el deporte, la cultura y la religión donde propicia los discursos condenatorios, refuerza las actitudes represivas y legitima los comportamientos discriminatorios, invisibilizando, subordinando y excluyendo a las personas LGTBIQ+ (Aguiló, 2012).

Dentro del IPV Argüello, se encuentran habitando el territorio de los asentamientos pobladores de países latinoamericanos como Perú y Paraguay, por lo cual podemos deducir que las mujeres y personas gestantes también están atravesadas por la raza. Segato (2015), entiende que para visibilizar las desigualdades que sufren los sujetos es mejor tomar el término raza y no clases ya que tiene su origen en la respuesta decolonial a la idea de la sociología de la colonialidad que inventa una vinculación del color con inferioridad o jerarquización. La raza nos remite al horizonte que habitamos, marcado por la conquista de los pueblos originarios y permite reconstruir el hilo de las memorias intervenidas por las múltiples censuras de los conquistadores, mientras la clase enmascara ese horizonte para provocar el olvido de nuestro origen como latinoamericanos. Percibir este término es una estrategia de lucha esencial en el camino de la decolonización y romper con las diferencias y jerarquizaciones de las relaciones humanas y saberes. Éstos sujetos tienen un origen común que los identifica y a la vez los diferencia de los demás y comparten ciertos elementos culturales, entre ellos la lengua original (Mazettele y

Sabarots, 1998). Biondini (2021), afirma que estas relaciones asimétricas generan representaciones hegemónicas y discriminatorias respecto a la figura de la mujer y persona gestante migrante haciendo referencia a diferencias entre nacionales y no nacionales.

Según el estudio de Zaldúa, Longo, Pawlowicz y Moschella (2010), las mujeres y personas gestantes migrantes, no sólo deben afrontar las desigualdades de género sino también las barreras étnicas y racistas en el país de acogida. Las actitudes de rechazo y trato ofensivo impactan en la vida cotidiana de las personas y en sus subjetividades, en especial en las identidades de género. Estos procesos de estigmatización tienen consecuencias en el acceso a las políticas públicas e información válida para poder tener una sexualidad plena relegando la atención de salud en caso de gestación y/o por control o urgencias de salud de les hijes.

El uso de anticonceptivos de las personas migrantes tiene sus propias particularidades derivadas del proceso migratorio, sus experiencias en sistemas de salud de sus países de origen y las prácticas de autoatención vinculadas al empleo de tratamientos alternativos. Se ve reflejado una desconfianza hacia los MAC donde prevalecen los rumores y experiencias personales (Biondini, 2021). Los procesos migratorios y las experiencias reproductivas generan sentimientos de soledad y la ausencia de redes de apoyo que son transversales a la experiencia de la reproducción, el parto, el puerperio y la maternidad. Sumado a la precariedad de las condiciones materiales y la transformación de vida de las redes afectivas generan deseos no reproductivos (Biondini, 2021).

En los sectores populares las religiones, sus prácticas y creencias tienen un anclaje territorial que permea en los discursos, la sexualidad y la educación. Particularmente los debates en torno al aborto, la educación sexual y el matrimonio igualitario ponen de manifiesto la centralidad del activismo religioso como dimensión política, por lo cual no podemos dejar de mencionar este aspecto como un atravesamiento que condiciona la vida de les sujetos de intervención. Podemos mencionar para fundamentar este aspecto las palabras de una referente territorial que hace alusión a cómo las religiones, tanto católicas como evangelistas, ocupan el espacio de asistencia donde el Estado ha dejado un vacío. Por ejemplo, les jóvenes ya no tienen el espacio del centro de actividades juveniles (CAJ) en los secundarios, lo que hace que se acerquen a los templos como una forma de encontrar espacios de integración. Los discursos

oscilan en las concepciones del núcleo de la familia y la moral, de lo que está bien y lo que está mal, jugando con el miedo en ser juzgado colectivamente por la comunidad. Las iglesias evangelistas con discursos conservadores, reproducen lógicas patriarcales y mandatos de género donde la mujer debe estar al lado del hombre y encargarse de los hijos, no teniendo acceso a salir a trabajar (Entrevista a referente barrial, 24/01/22).

Otro aspecto que atraviesa las subjetividades de los sujetos es el concepto de clase social, entendido este, como el espacio social que ocupamos, las posiciones y estrategias de los sujetos en concordancia con los capitales económicos, sociales y culturales que ellos portan. Esta definición se centra en las relaciones sociales que se estructuran entre las diferentes clases, generando un sistema desigual y posiciones diferenciadas en correspondencia a la apropiación desproporcionada de los medios de producción en el sistema capitalista (Pla et al, 2015).

El territorio del IPV de Argüello se encuentra habitado por clases populares. Este sector se encuentra en una posición diferenciada y desventajosa de la apropiación de los medios de producción (Hochbaum, 2013). A partir de esta característica hacemos una construcción teórica, y no empírica, para nuestro abordaje debido a la escasa inserción en el territorio por el contexto que atravesamos durante nuestro proceso de intervención. Los sectores vulnerables para organizar su vida utilizan relaciones de intercambio y ayuda mutua que establecen entre parientes vecinos y amigos para intercambiar bienes y servicios que hacen a la organización de la vida cotidiana de los individuos o familias que participan en esta relación, es importante destacar que son las mujeres las protagonistas. Este intercambio y ayuda generalmente es un recurso cotidiano que utilizan los sectores vulnerables y se da en un entorno de reciprocidad y confianza entre vecinos más próximos a la vivienda, donde el cuidado, el afecto y el acuerdo entre ellos es parte de lo cotidiano (Ramos, 1981). Los contenidos materiales se expresan en asistencias laborales y residenciales, préstamos de dinero y especies, como préstamo de ropa, comestibles y medicinas; estos contenidos materiales constan de un carácter simbólico que afirman los vínculos de amistad, parentesco y vecindad (Valencia Murcia y Correa García, 2006).

Las mujeres y cuerpos feminizados tienen una sobrecarga del trabajo doméstico y del cuidado de los miembros de la familia, reconociendo que estas tareas siguen estando ligadas a lo

femenino. Es un trabajo no remunerado y que representa una situación de desventaja que se ve reflejada en el control de los recursos generalmente económicos en el hogar, y donde las mismas tienen múltiples responsabilidades. Sumado a ello que las mujeres que trabajan fuera del hogar lo hacen en el servicio doméstico donde existe precariedad laboral, casi inexistente cobertura de seguridad social, bajas remuneraciones y ausencia de marcos normativos que las protejan, todas estas restricciones son las que tienen que enfrentarse las mujeres, donde están ausentes las políticas económicas y sociales que las deberían proteger (Rodríguez Enríquez, 2010). Estas situaciones son pistas teóricas que nos permiten comprender la cotidianidad de las familias en el territorio y cuáles son las estrategias utilizadas para sortear los obstáculos en la reproducción social de la existencia.

Si bien consideramos pertinente analizar estos atravesamientos creemos interesante dejar unas preguntas para complejizar: ¿qué otros atravesamientos no estamos teniendo en cuenta? ¿Qué otras opresiones están presentes en los sujetos del IPV Argüello? Es difícil poder señalar otras categorías sin haber concurrido al barrio tantas veces como eran necesarias, aunque tampoco podemos decir, o con exactitud, cuantas veces hay que ir para conocer verdaderamente a los vecinos. Es muy relativo. ¿Hay personas con discapacidades? ¿Hay personas con VIH? ¿y pueblos originarios? No queremos caer en describir solo las categorías más usadas invisibilizando identidades y corporalidades.

Es importante estar en el territorio, identificar la realidad, caminar el barrio, conocer a los sujetos: “más allá de los aportes que estas teorías nos brindan para analizar, explicar y leer a los sujetos, también nos posibilita mirarnos a nosotres mismos como sujetos históricos productores y reproductores de poder, atravesados por lo ideológico, las teorías y las prácticas” (Custo y Fonseca, 1997, p 53). Para poder intervenir adecuadamente creemos necesario entender la interseccionalidad como un término político que se ve reflejado en los cuerpos de los sujetos, no como una acumulación de opresiones en términos cuantitativos, sino como una diversidad colectiva, cuestionando privilegios y jerarquías. Pombo (2021), afirma que no se debe entender de una forma fragmentada, ni secuencial evitando lecturas que sólo victimiza y cosifica a quienes atraviesan situaciones de violencia. Debe ser analizada como una respuesta crítica para reconocer la diversidad constitutiva de poblaciones muchas veces homogeneizadas (Pombo, 2021).

El Estado y las políticas públicas deben fomentar la autonomía de las personas desde la diversidad y la integralidad. La desigualdad existe y no se generan respuestas a las demandas desde intervenciones fragmentadas, individualizantes y heteronormadas (Bertona, Ramia Villalpando y Scarpino, 2017).

Capítulo III- Articulación con los Espacios de Intervención

III- 1- Intervención Como Abordaje de lo Comunitario

En el marco de nuestras intervenciones fundadas consideramos pertinente abordar la construcción de nuestro objeto de intervención. Para ello, citamos a Aquín (1995), quien lo conceptualiza como situaciones específicas que expresan las dificultades para la reproducción cotidiana de la existencia. En nuestra tesina esto se manifiesta en los obstáculos para ejercer plenamente los DS y (no) R en tiempos de pandemia por COVID 19.

Nuestro objeto de intervención se centra en las dificultades para el acceso a la salud sexual no reproductiva de las mujeres y personas gestantes que asisten al centro de salud 57 del IPV de Argüello y forman parte del PNSSyPR. Constantemente ponemos énfasis en la no reproducción considerándola una parte esencial de los derechos sexuales. Por ello, reconociendo los mandatos sociales heteropatriarcales hegemónicos apostamos a la deconstrucción del mandato mujer - madre para poder vivir una ciudadanía sexual plena con acceso a información clara y precisa sobre los DS y (no) R, en el que las mujeres y personas gestantes puedan ejercer autonomía sobre sus cuerpos.

Conceptualizamos la intervención en lo social como la idea de conjunto de dispositivos de promoción para asegurar el acceso de derechos y su plena implementación en la comunidad, y esta se encuentra relacionada de manera directa con la problemática a abordar. Por este motivo, la intervención en lo social presenta las características de ser un dispositivo de transformación, que a través de los procesos de integración y comunicación entre las diferentes lógicas busca la resolución de las problemáticas definidas (Carballeda, 2004). Al mismo tiempo, es necesario comprender que este dispositivo es artificial⁴⁵, es decir, se inserta en los espacios donde existen demandas explícitas de intervención.

Se distingue que en todo proceso de intervención existen relaciones asimétricas de poder, se encuentra presente una autoridad con saberes científicos y son las personas encargadas de llevar a cabo estas propuestas (Carballeda, 2004). La comunidad es portadora de un conocimiento que les es propio de su vida cotidiana y es puesto en diálogo en todo el proceso de intervención generando un conocimiento recíproco. Por ello citamos a Sousa Santos (2006), para problematizar el modo en el que construimos nuestras intervenciones, tal como plantea el autor

⁴⁵ Plan de trabajo que integra una serie de estrategias diseñadas para ofrecer alternativas de acción.

debemos apostar a una ecología de los saberes, de modo que el conocimiento de la comunidad pueda dialogar con el de los profesionales, con las instituciones religiosas o comunidades indígenas en un proceso de retroalimentación constante. Lo que permite reconocer a la comunidad con la cual intervenimos desde sus sentires, expresiones y múltiples realidades que hacen a los procesos de transformación (Peralta, 2020).

El abordaje desde el que se interviene en Trabajo Social es en conjunto con la comunidad, esta se posiciona entre la intersección de los sujetos con necesidades y los sujetos con recursos y capitales sociales, culturales o económicos; que lejos de ser pasivos o receptivos se organizan desde las experiencias propias de su vida cotidiana para resolver sus necesidades (Peralta, 2020). Por este motivo, los procesos de intervención tienen objetivos propuestos que intentan restaurar, modificar, restituir o mejorar las realidades, estos se llevan a cabo a través de estrategias de intervención, es decir, una serie de acciones, mecanismos en construcción permanente con la comunidad.

Las estrategias de intervención conforman una serie de acciones o pasos a seguir para lograr los objetivos propuestos, se involucran actores o sujetos y los capitales con los que cuentan para llevar a cabo este proceso (Gaitán, 2016). Las mismas son de carácter flexible, es decir, constituyen una matriz orientadora de las actividades planificadas pero que son susceptibles de ser modificadas. Dentro de estos procesos definir y proyectar estrategias en conjunto con los objetivos establecidos, los marcos teóricos acordes a las problemáticas, los sujetos parte y el contexto social y cultural conforman los aspectos a tener en cuenta para la ejecución de las mismas.

Rotondi (2008, como se citó en Gaitán, 2016) expresa:

Abordar la noción de estrategia cuando aludimos a la intervención social implica, en primera instancia elaborar un mapa que involucra la idea de construcción. Construcción que se juega en el marco de un contexto social, histórico y cultural que conlleva considerar, además una trama de actores, donde las condiciones sociohistóricas, la idea de cambio y los intereses de los actores juegan y operan para esa construcción (Gaitán, 2016, p. 398).

En nuestro proceso de intervención las estrategias utilizadas son las de diagnóstico y promoción, sin embargo, existen otras estrategias presentes que aborda el centro de salud como

las de educación y articulación inter - institucional o construcción - consolidación de redes, etc. que nos sirvieron de nexo para poder llevar a cabo nuestro proceso interventivo.

Es necesario para este proceso conocer a las personas con capacidad de gestar que integran el programa. La primera estrategia utilizada fue la diagnóstica que consiste en un proceso de conocimiento que se enriquece de nuevos saberes, tratando de identificar las necesidades de los sujetos y los modos de resolución de la problemática abordada. En este caso, el diagnóstico se llevó a cabo a través de encuestas a los sujetos que forman parte del PNSSyPR y entrevistas a los profesionales del centro de salud N°57 (Gaitán, 2016).

III- 2- El Acceso a la Salud Sexual en el Centro de Salud: Las Miradas de las Mujeres y los Equipos Acerca de la Implementación del Programa

La pandemia y la consecuente crisis sanitaria, económica y social han tenido impactos directos e indirectos en la sociedad argentina en general y en grupos en situación de vulnerabilidad en particular. Con respecto a la SSR y (no) R que es objeto de nuestra intervención, su implementación antes de la pandemia era limitada debido a un sistema de salud fragmentado entre niveles jurisdiccionales y un deterioro de las condiciones de trabajo de los profesionales de salud que se vio agravada en dicho contexto.

Tomamos como material antecedente para llevar a cabo nuestro diagnóstico el Monitoreo de políticas de salud reproductiva en Argentina desarrollado por la organización Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA, 2020), que describe las iniciativas y abordajes llevados a cabo por el gobierno nacional para garantizar el acceso a la SSR y (no) R durante la pandemia; además analiza la asignación de recursos propuestos. La Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSyR) recomendó la implementación de estrategias a los sujetos pertenecientes al PNSSyPR, como la entrega de MAC a domicilio, la entrega de mayor cantidad por persona para evitar que se lleguen todos los meses, la organización de turnos programados para atender a los sujetos que asisten en busca de estos recursos. De manera paralela, algunas provincias adoptaron otras estrategias como, la ampliación de horarios, la colocación de métodos de larga duración, la entrega de MAC sin receta previa, la divulgación de información a través de redes sociales, etc.

En el caso de la ILE, las acciones consistían en priorizar la atención en la primera consulta, minimizar los tiempos para garantizar la atención dentro de las 12 semanas de

gestación y no derivar a otro centro de atención o profesional. No obstante, en tiempos de pandemia se vio agravado el acceso a los servicios de ILE, vinculados en relación directa con la sobrecarga del sistema de salud, las medidas de aislamiento social preventivo, la falta de insumos para el tratamiento, las situaciones de violencia obstétrica e institucional en el que les profesionales o las instituciones apelan a la objeción de conciencia, etc. Como expresa uno de los médicos generalistas, la Ciudad de Córdoba no es ajena a la realidad del país, los profesionales han denunciado la falta de misoprostol, sumado a los pocos centros de salud que garantizan el acceso a la ILE (ELA, 2020).

Al mismo tiempo se constata una realidad parecida en el acceso a los MAC, habiendo una disminución de efectores que proveen los métodos de larga duración. Durante el mes de enero al mes de abril del 2020, se observa una disminución progresiva de anticonceptivos reversibles de larga duración (DIU e implantes subdérmicos), pasando de 2469 métodos reversibles de larga duración entregados en el mes de enero, a 1739 en el mes de febrero, 968 en marzo y 212 en el mes de abril. Por otra parte, los métodos irreversibles (ligadura tubaria y vasectomía) no se estuvieron realizando (ELA, 2020).

Los MAC orales o inyectables acompañan la tendencia expuesta anteriormente, como expresa uno de los médicos dentro del monitoreo del ELA, (2020) la Ciudad de Córdoba se quedó sin la provisión de métodos comenzando a utilizar MAC de tercera y cuarta generación⁴⁶ hasta que esos mismos se acabaron.

Para continuar con este análisis, pero dentro del territorio del IPV Argüello acordamos con el equipo de profesionales, la construcción de una encuesta para relevar el acceso a los derechos sexuales de los vecinos que asisten al centro de salud N°57 y forman parte del PNSSyPR. Con este instrumento nos propusimos conocer la implementación del programa en tiempos previos a la pandemia y durante este periodo para lograr un conocimiento de la situación que atravesó el programa mencionado en este contexto. Estos conocimientos obtenidos tienen relación directa con las necesidades de los sujetos que forman parte del programa, además de sus percepciones y vivencias; es por ello que con el diagnóstico buscamos generar conocimientos para las futuras intervenciones en territorio.

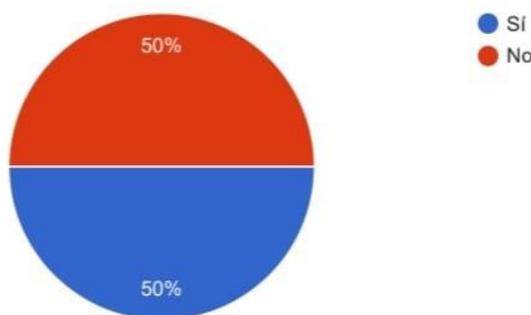
⁴⁶ Los anticonceptivos de primera y segunda generación son los hormonales combinados que contienen un estrógeno y un progestágeno. El progestágeno tiene un efecto anticonceptivo y el estrógeno se usa para mantener el sangrado menstrual. El estrógeno es el componente que tiene el efecto adverso de formar trombosis, mientras que el progestágeno tiene la capacidad de contrarrestarlos. Sin embargo, los anticonceptivos de tercera y cuarta generación son los que menos progestágeno tienen.

La encuesta constaba de tres grandes ejes; el primero de ellos comprendía preguntas sobre la implementación del programa antes y durante la pandemia, el segundo trabajaba preguntas referidas al centro de salud y los profesionales y el tercero, se abocaba a preguntas directas sobre la Ley IVE N° 27.610. El instrumento nos permitió identificar variables como las: dificultades en el acceso a MAC, la percepción de los sujetos respecto al centro de salud y la información que tienen los usuarios sobre la Ley IVE N°27.610 (Sampieri, 2006).

La aplicación de la misma fue llevada a cabo por el grupo de tesis, a 20 sujetos que forman parte del PNSSyPR que asistieron al centro de salud de manera espontánea para buscar MAC o por otros motivos, entre los meses de septiembre de 2021 y hasta mediados del mes de octubre del respectivo año. Por accesibilidad y con el criterio de los profesionales que forman parte del programa elegimos llevar adelante el tipo de muestra no probabilística de tipo por conveniencia, en ella seleccionamos a un subgrupo de la población que sea representativo de todos los sujetos que forman parte del programa (Sampieri, 2006).

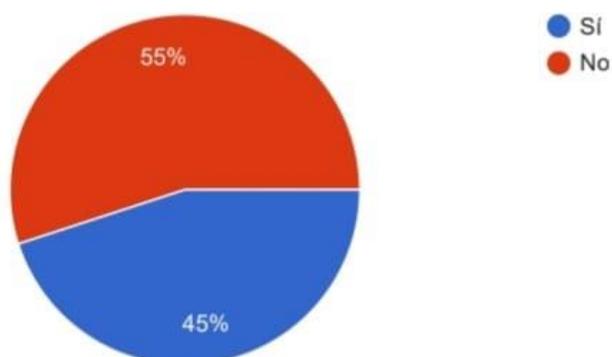
III- 2- a- Resultados del trabajo de campo sobre el Acceso a la Salud Sexual por Parte de la Población.

- Durante el tiempo de pandemia el 50% de los usuarios del PNSSyPR manifiestan haber asistido al centro de salud para el retiro de anticonceptivos y el otro 50% de ellos no asistió.

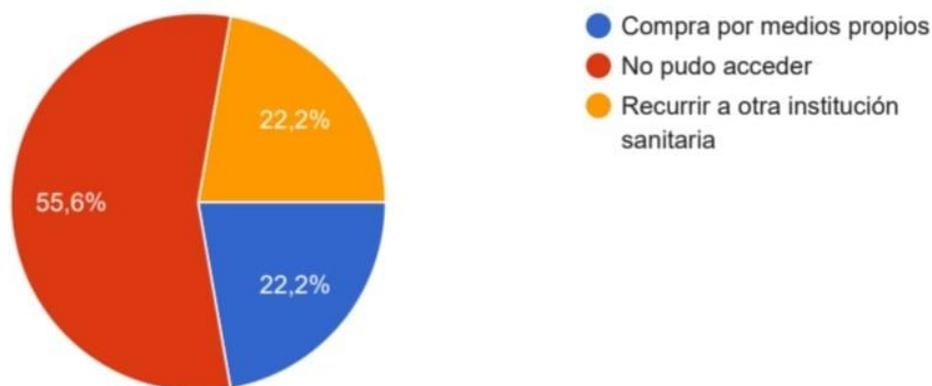


- Con respecto a las dificultades presentadas en cuanto al acceso a los métodos anticonceptivos en el tiempo de aislamiento por COVID 19, 55% usuarios expresan no

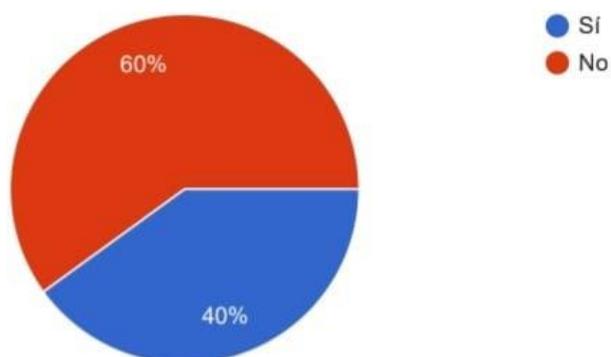
haber tenido dificultades para acceder a ellos, mientras que 45% usuaries manifiestan haber encontrado dificultades para su acceso.



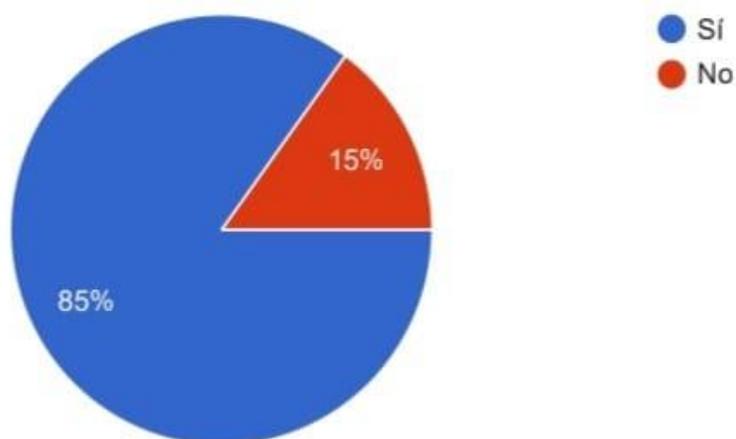
- A aquellos usuaries que presentaron dificultades, se le preguntó si pudieron resolverlas de otra manera. 55,6% de ellos no pudieron acceder a otro método, 22,2% de ellos asistieron a otra institución sanitaria y 22,2% lo adquirieron por medios propios.

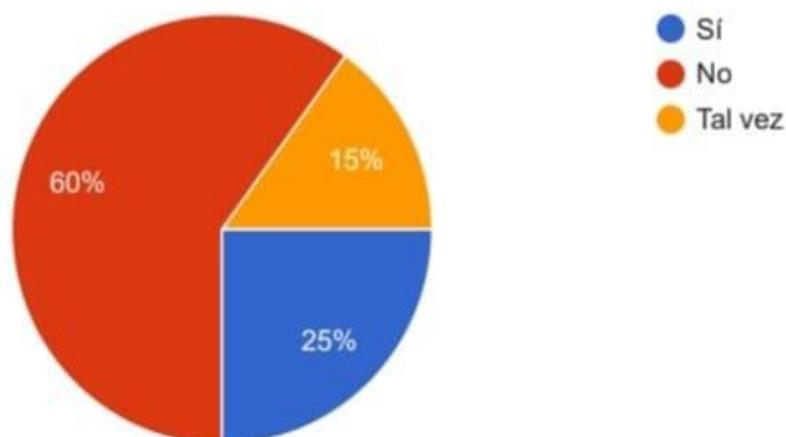


- Con respecto a las actividades de promoción que se realizan desde el centro de salud, 60% usuaries mencionan no haberse enterado de las acciones, mientras que 40% referencian que sí. Los medios por los que se conocen estas actividades son la radio y carteles expuestos dentro del establecimiento.



- Acerca del conocimiento de la ley de Interrupción voluntaria del embarazo, 85% usuaries comentan saber de la existencia de la ley y 15% no tener conocimiento. Sin embargo, 60% manifiestan no querer recibir información, 25% sí y 15% tal vez.





El centro de salud N°57 en época de pandemia estuvo abierto a la comunidad, y el PNSSyPR nunca se suspendió. Sin embargo, nos parece pertinente poner en evidencia que la distribución de los métodos en pandemia fue muy inestable y en correspondencia con lo expuesto por el ELA la realidad de la ciudad de Córdoba no es ajena. Lo cual llevó a la implementación de distintas estrategias por parte de los sujetos como por ejemplo en algunos casos a cambiar de tratamiento, muchas dudas sobre la continuidad del MAC debido a la incertidumbre de abastecimiento, otro grupo de la población directamente se dejó de cuidar. Otro factor en juego tuvo que ver con la corta disponibilidad horaria para la entrega, lo que se constituye en otro obstáculo. Esta situación atípica generó la imposibilidad de las mujeres y personas gestantes a poder decidir con libertad sobre su vida reproductiva, según datos recogidos en nuestro campo de intervención.

En cuanto a la IVE nos plantea el interrogante de las representaciones que giran en torno a la misma, como los sujetos la viven, y en el caso de haber realizado una interrupción los sentimientos que les atraviesan. Por ello es importante aclarar que no existe la posibilidad de contribuir a la construcción de subjetividades responsables por parte de los sujetos si no existe la responsabilidad institucional y social por parte del Estado para garantizar las herramientas para este fin (Cazzaniga, 2020).

III- 1- b- Mirada de las Profesionales: Entrevistas.

En el segundo momento de nuestro diagnóstico realizamos entrevistas a los profesionales que trabajan hace tiempo o tienen conocimientos sobre el PNSSyPR. Esta técnica de recolección, genera intercambios discursivos entre el entrevistado y entrevistadores, en ella los profesionales expresan lo que ellos saben, piensan y cómo trabajan día a día los DS y (no) R. La entrevista estuvo orientada mediante preguntas abiertas con el objetivo de que los profesionales se puedan expresar en sus respuestas (Guber, 2001). Los ejes centrales que guiaron nuestras entrevistas fueron: las demandas del centro de salud N°57, conocer la situación actual del PNSSyPR en el centro de salud, los cambios producidos después de la Ley IVE N°27.610, la caracterización de las mujeres y personas gestantes que forman parte del programa, las actividades de promoción que desde el centro de salud articulan en red con otras instituciones u organizaciones y el trabajo interdisciplinario.

En el centro de prácticas en el período de pandemia si bien se suspendieron las actividades comunitarias relacionadas a los DS y (no) R, las consejerías de anticonceptivos tuvieron arduo trabajo debido a que muchas personas tuvieron que discontinuar sus MAC a causa del faltante de inyectables tanto en los centros de salud como en las farmacias. Esta situación la resaltamos ya que según la entrevista realizada a una médica clínica ella destaca que el método más solicitado en el barrio son las inyecciones tanto trimestrales como mensuales y las clásicas pastillas (Entrevista a personal de salud, 07/09/2021).

Las estrategias del centro de salud ante esta situación han sido variadas, desde muestras gratis conseguidas por medio de visitadores médicos que tienen stock, hasta la realización de denuncias y reclamos, notas al programa Remediar, igual que a nivel provincial y municipal. Aunque la repercusión del reclamo no es la esperada debido a la mala planificación de salud a nivel local de la salud sexual y reproductiva (Entrevista a personal de salud, 22/07/2021).

Por último se recurre al cambio de método tomando las precauciones en ese sentido, ya que el objetivo de los servicios de este espacio es garantizar el derecho de las personas a acceder a los recursos para evitar embarazos no deseados y el derecho de obtener información sobre MAC, planificación familiar, sexualidad, violencia, enfermedades de transmisión sexual, desde un enfoque de derechos y de género; y de esta manera las personas puedan tomar decisiones autónomas sobre su propio cuerpo pudiendo gozar de una vida sexual placentera y saludable (Allende y Domínguez, 2019).

En las entrevistas realizadas se evidencia que en la ciudad de Córdoba hay una desarticulación entre el primer y segundo nivel de atención, lo que repercute de manera directa en la atención que se brinda les sujetos. Se evidencia esta situación en el acceso a ligaduras tubarias donde el acceso al turno de la intervención es problemático porque es inaccesible, lo que provoca crisis de pánico al quedar embarazada y terminan accediendo a una interrupción voluntaria del embarazo. Se hacen pedidos, se habla al ministerio para solucionar este problema, como una forma de “auditores”, pero los días pasan y los riesgos aumentan (Entrevista a personal de salud, 07/09/2021). No obstante, hay aspectos que se han flexibilizado, como unificación del turno donde se otorga consejería y se firma el consentimiento, y la ampliación de los horarios para solicitar ese turno de 8 a 12 horas, porque antes se daban sólo a las 8 de la mañana lo cual implicaba para las mujeres del barrio tener que viajar a las 6 de la mañana, lo cual era una situación compleja.

Existe una gran cantidad de demanda de atención hacia el centro de salud, no sólo por el crecimiento de la población, sino también porque las familias no acceden al segundo y tercer nivel de atención, situación recrudescida en la pandemia. Para chequeos en caso de enfermedades crónicas, como la diabetes, por ejemplo, recurren al primer nivel por una cuestión de traslado y el problema para gestionar los turnos. Para ecografías para personas gestantes embarazadas o acceso a rehabilitación en casos de discapacidades, el personal del 57 termina peleando con administrativos de los hospitales para su acceso. (Entrevista a personal de salud, 17/06/2021).

Esto impacta en la forma en que les usuaries se acercan al primer nivel de atención, obstaculizando el abordaje de la APS, donde no hay cantidad adecuada de profesionales, de medicamentos, donde haya una franja horaria más flexible y una infraestructura adecuada a las necesidades de la población, etc.

El programa con los que cuenta el centro de salud aborda los DS y (no) R, que consta con trabajo de promoción, el acceso a los MAC, y la incorporación recientemente del acceso a la IVE, a su difusión, información, implementación y el acompañamiento por parte de los profesionales. Pero estas actividades de promoción no tienen la inversión adecuada por parte del Estado ya que la atención primaria de la salud no es valorada, entonces el equipo de salud hace fotocopias de folletos para utilizar como soporte para la explicación, además de la ausencia de cartelería y gigantografías (Entrevista a personal de salud, 22/07/2021).

El trabajo de orientación y asesoramiento de la Consejería comienza ante la consulta de un usuario a cualquier profesional quien realiza una derivación para que se haga efectiva dicha intervención por personal capacitado en DSy(no)R. Se busca que la tarea sea compartida no sólo con un médico, sino con un profesional de otra disciplina.

El centro de salud ha sido uno de los referentes e impulsores de los acompañamientos de IVE - ILE de la estructura sanitaria de la municipalidad de Córdoba, motivo por el cual concurren personas de otros barrios a realizarse la intervención, para lo cual actualmente se está reorientando la demanda. En este espacio se difunde y se promueve el derecho a decidir y a pensar cómo vivir la sexualidad planificando los embarazos (Entrevista a personal de salud, 17/06/2021), como también evitar el contagio de Infecciones de transmisión sexual, aunque destacamos que en la población cuesta incorporar el uso del preservativo en las relaciones sexuales (Entrevista a personal de salud, 22/07/2021).

Por último, el personal de salud coincide con que la promulgación de la ley 27.610 otorgó a los profesionales el marco legal para la realización de la práctica de interrupciones de embarazos no deseados. Este encuadre legal proporcionó más confianza y seguridad tanto a los integrantes de los equipos como a los usuarios que solicitan la intervención. Notaron un incremento en las consultas desde diciembre del 2020, pero no están seguros sobre las causas de dicha situación; las entrevistadas mencionan que puede deberse a los faltantes y cambios en la anticoncepción, al empoderamiento de las personas al solicitar el servicio sin miedos al estigma (Entrevista a personal de salud, 26/07/2021). Aunque con el marco de la pandemia también puede deberse a que muchos centros de salud cerraron sus puertas y se agudizaron casos de violencia dentro de los hogares (Entrevista a personal de salud, 17/06/2021).

En virtud de lo argumentado en nuestro proceso de diagnóstico y material tomado como antecedente, podemos concluir que en la Ciudad de Córdoba y en el centro de salud N°57 en particular el acceso a gozar de los DSy (no) R se vieron obstaculizados por la falta de MAC, en su mayoría implantes, DIU o aquellos métodos quirúrgicos como la ligadura; la interrupción de actividades de prevención y promoción como los talleres de Salud Sexual Integral en los colegios; en el caso de la ILE no se estuvieron realizando en muchos centros apelando a la objeción de conciencia. Coincidimos con las autoras Bertona, García, González Ramos, Morillo y Buffarini (2022), en que estos obstáculos o barreras infieren al recrudecer la situación de

vulnerabilidad y violencias a la que están expuestas las vecinas. Sin embargo, muchas veces los profesionales desarrollan estrategias para impedir que estos obstáculos aumenten, es por ello, que trabajan en red con profesionales de otros centros de salud derivando a las sujetas para que puedan acceder a los MAC o IVE.

III- 3- Estrategia de Promoción- Intervención en el Espacio Público

Elegimos una estrategia de promoción de los Derechos Sexuales Reproductivos y no Reproductivos para desarrollar nuestros planes de acción, siguiendo los lineamientos de la APS. Esta estrategia “se basa en la tarea de poner a disposición de las comunidades los recursos necesarios para que las personas puedan tomar decisiones y llevar a cabo las acciones para el ejercicio del derecho a la salud” (Perrota, 2013, p.1), apunta al desarrollo de las potencialidades de cada sujeto inserte en un territorio proporcionando herramientas materiales y simbólicas para participar en el reconocimiento y la definición de problemas generando las soluciones posibles. Para abordar la promoción de la salud es necesario comprender las condiciones concretas de vida de la población donde se pone en práctica (Perrota, 2013).

La primera intervención se llevó a cabo el día 28 de septiembre, día de Acción Global por un aborto legal y seguro, fecha que se conmemora desde el año 1990, en el V Encuentro Feminista de Latinoamérica y el Caribe llevado a cabo en nuestro país, a partir de que un grupo de feministas propusieron la fecha por todas las personas que mueren en abortos clandestinos (Mujeres en Red El Periódico Feminista [MRPF], s/f). El objetivo de nuestra intervención era difundir la Ley 27.610 IVE para que sea de conocimiento de las personas que asisten al centro de salud y conozcan en qué otros espacios se garantiza este derecho. El desarrollo de la misma tuvo lugar en la entrada del centro de salud, contamos con folletería con información sobre la Ley, dispensarios donde se realizan interrupciones de embarazo que obtuvimos en el local de Católicas por el derecho a decidir. Se interpeló a las vecinas con la consigna ¿qué es para vos el derecho a decidir? En dicha ocasión las personas que concurrieron se encontraban con el stand, donde destacamos que muchas miraban de lejos y unas pocas se acercaron y participaron de la actividad. Esto se relaciona de manera directa con el resultado de las encuestas realizadas con anterioridad en el período de diagnóstico, en el cual manifestaron no estar a favor de la ley.

Asimismo, recibimos frases como: “la ley para matar bebés” y “o como prendería fuego todo esto” (Notas de cuaderno de campo, 2021).

Intervenimos en una comunidad con sus propias creencias y valores que forma parte de su historia, la cual se encuentra presente en todo momento y les lleva a posicionarse en temas como la legalización del aborto. Desde este reconocimiento nuestra posición ética implica contar con un nivel de flexibilidad a nuestras prácticas, ya que estas no son ingenuas y se construyen con otros. Con referencia a las creencias y valores podemos analizar que estos provienen principalmente de la religión que cumple funciones de compensación o de resistencia simbólica y también proveen un plus de sentido a una vida que está constantemente amenazada (Ameigeiras, 2008). Según palabras de una referente barrial a quien entrevistamos, las creencias religiosas juegan un papel importante en la moral, imponiendo lo que está bien o está mal, donde se genera un miedo a la mirada de la comunidad, la IVE se práctica más allá de que la población no esté de acuerdo con la legalización del aborto amparándose en la confidencialidad establecida para quienes recurren a esta práctica (Entrevista a referente barrial, 24/01/2022).

La importancia de esta acción de difusión toma notoriedad porque “La gestión institucional en APS, no provee a los equipos el material educativo que le sirva como soporte para la información en materia de DS y (no) R, ya sea para sala de espera, consultorios o para su abordaje territorial y colectivo.” (Bertona et al, 2022, p.85). El acceso a los insumos materiales y simbólicos presenta dificultades por su ausencia o discontinuidad puede asociarse a problemas de gestión política y gestión técnica-administrativa de quienes asumen responsabilidades dentro de los centros de salud (Bertona et al, 2022). Es necesario dotar a los programas de recursos económicos e informacionales e institucionalizar circuitos y protocolos que aporten claridad para la gestión y monitoreo de los programas.

El informe de Amnistía Internacional (2021), considera a la información como un derecho y un elemento esencial para el ejercicio de otros derechos. Específicamente hablando de la ley 27.610, el Art. 5, inc. E, establece que el personal de salud y las autoridades tienen la obligación de suministrar la información disponible sobre los derechos protegidos por la ley de forma dinámica y a lo largo de todo el proceso de atención, incluso si no hay una solicitud explícita. Pese a la trascendencia de la ley, aún existen muchos rincones del país en donde las

personas desconocen este derecho, como los espacios físicos donde se accede a la prestación, sobre su gratuidad y condiciones y donde realizar reclamos ante dilaciones o barreras en el acceso (Amnistía Internacional, 2021).

La segunda intervención tiene fecha el día 25 de noviembre, día de Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Este día nos remite a recordar el femicidio ocurrido en el año 1960 de las hermanas Miralba durante la dictadura de Leónidas Trujillo en República Dominicana. Recién el 17 de diciembre de 1999, la Asamblea General de Naciones Unidas resolvió que a partir del año 2000 se conmemora dicha fecha. Por ello para realizar nuestra intervención concurrimos a la escuela Ricardo Nassif ubicada en el IPV de Argüello.

Para esta actividad nos propusimos preguntar, a las personas adultas que asistieron a la escuela, *¿qué es una vida sin violencia?*, para lo cual las invitamos a colocar sus respuestas en banderines que se colgaron en el patio. Además, se les entregaron cintas de color violeta para conmemorar la fecha. Dicha actividad se desarrolló con normalidad y aceptación de los sujetos. Les directivos de la escuela acompañaron y facilitaron la intervención y la trabajadora social que estuvo presente en todo momento. La elección del horario fue pensada estratégicamente, en el período del día en el cual las personas adultas asisten a llevar o retirar los niños del establecimiento. Muchas se acercaron y contaron historias personales o de conocidas. Si bien la intervención estaba pensada para ser desarrollada con adultes, muchos niños/adolescentes participaron en el espacio, aportando ideas, pensamientos y sentimientos que le generaba la consigna.

Entre los mensajes que compartieron las personas podemos destacar: “Hoy es un día para que no exista tanta violencia de género”; “estar bien sin maltrato”; “que no haya más golpes”; “ser feliz”; “que nadie me diga que hacer”; “Decidir sobre mi cuerpo”; “no se le pega a la mujer”; hoy amar, hoy amarse, hoy ser libre. vivir como uno quiere. vivir respetarse”; “tener libertad y no tener miedo a salir acompañada”; “tengo una amiga, tiene su marido que le pega mucho. Deseo que esa persona no esté más con ella”.

Estas puestas en común nos posibilitaron la apertura de canales de comunicación, repensando las prácticas, los modos en que los sujetos se relacionan y resuelven sus necesidades, pudiendo expresar sus preocupaciones y sentimientos.

La tercera y última intervención consistió en la instalación de un stand informativo en la entrada del centro de salud donde informamos sobre los MAC que se encuentran dentro del catálogo de entrega libre y gratuita en los centros de salud municipales. El lugar donde armamos la actividad fue escogido para alcanzar a grandes grupos poniendo como principal objetivo potenciar la participación social a partir de la implementación de procesos de educación popular que involucren a distintos sectores y lleguen a los usuarios del programa de salud sexual que buscan MAC, además de vecinos en general que asisten en esos momentos para el control de la niña sana, buscar leche o concurrir a los consultorios de los especialistas (Ministerio de Salud, 2015).

Realizamos dos días de stand informativo de 10 a 13 los días jueves del mes de octubre. Para llevar a cabo esta actividad utilizamos como soporte un escritorio que cubrimos con un mantel verde, en donde pusimos un implante, un diu, preservativos y folletería informativa. Colocamos en una cartelera un afiche y los otros 2 afiches los pegamos en el alambrado que divide el patio del centro de salud y el jardín maternal lindante.

El primero, tenía información sobre los métodos anticonceptivos con dibujos de cada uno: pastillas, diu, implante, minipildora, inyectable y anticonceptivo de emergencia. El segundo tenía información y dibujos de los métodos irreversibles, que son la ligadura tubaria y la vasectomía. Y el tercero, tenía el nombre e información sobre las leyes conquistadas para lograr una ciudadanía plena de mujeres y disidencias.

Con respecto a la información recolectada se acercaron muchas personas a recibir datos sobre métodos, sobre la continuidad y derribando mitos. Además, se anotaron mujeres para colocarse implantes, otras para realizar ligaduras tubarias. Tomamos sus datos personales, un teléfono de contacto y el nombre de la ginecóloga que las atendían para dar respuestas a sus solicitudes. Luego cargamos los datos en un Excel y se los entregamos al equipo de profesionales para poder dar solución ante los pedidos realizados.

Teníamos miedo al rechazo de la gente, ya que días anteriores habíamos realizado la intervención por el día de Acción Global por el Aborto Seguro y Gratuito, pero la temática de los MAC genera más interés especialmente debido a la escasez de los últimos meses que hizo que muchas personas con capacidad de gestar tuvieran que cambiar de método para lograr la continuidad de la anticoncepción.

El diálogo con los usuarios del programa y vecinos en general nos permitió llegar a algunas conclusiones. Principalmente, pudimos notar que existen mitos y dudas sobre sexualidad y anticoncepción que nos dio material para trabajar sobre estos temas, como por ejemplo que los implantes no son seguros, que hay casos de gestaciones con el diu colocado o la discontinuidad en la toma de la pastilla combinada puede ocasionar un embarazo. Escuchamos anécdotas y sacamos dudas, notamos mucho interés por los métodos irreversibles y los de larga duración como el implante y el diu.

Percibimos que existen atravesamientos de género con respecto al ejercicio de los derechos sexuales y (no) reproductivos, esto lo observamos en los comentarios que expresaban una falta de autonomía para tomar decisiones sobre su propio cuerpo en relación a la maternidad por parte de sus parejas, decidir sobre la cantidad de hijos, y también en lo referido a las relaciones sexuales con la negativa de los varones cis⁴⁷ al uso del preservativo. Además de que al explicar en qué consiste la vasectomía muchos dijeron que sus parejas varones jamás se realizaría la intervención quirúrgica porque en sus relaciones amorosas les que se cuidan son ellos y no los hombres (Notas de cuaderno de campo, 2021). Destacamos que la eficacia de los métodos varía de una persona a otra debido a que, según la forma de administración del método. La eficacia está relacionada con el uso correcto y consistente del método anticonceptivo elegido (Ministerio de salud, 2019).

Creemos muy interesante realizar este tipo de actividades en el espacio público ya que sabemos, por comentarios del personal del centro de salud, que cuesta mucho que la gente se acerque a consultar sobre DS y (no) R tanto en la adolescencia como en la adultez. Es un tema que genera tabú aun cuando hay mucha información en los medios como internet, aunque no se puede garantizar su calidad, ni viabilidad. Lo importante que queremos destacar como equipo es que creemos indispensable buscar información en centros de salud y con profesionales capacitados o en centros amigables como las consejerías de género que están en los barrios.

Las intervenciones se desarrollaron en el espacio público, por ello consideramos importante definir el mismo. Rabotnikof (2008), lo conceptualiza como el espacio que es de utilidad y apropiado por la comunidad perteneciente para su uso, el lugar en puesta de lo común, de reconocimiento mutuo de los sujetos. Estos espacios constituyen los lugares de encuentro, donde se construye la identidad barrial de la comunidad y su uso acompaña el ejercicio de los

⁴⁷ Refiere a los varones autoperceben su identidad de género igual al sexo que les fue asignado al nacer.

derechos de ciudadanía. Aquellos espacios públicos abandonados o deteriorados construyen en el imaginario de la población una mirada negativa y su valoración está ligada a el uso y cuidado de estos espacios. Es por ello que las acciones de intervención son consideradas como acciones positivas (Echeverría, 2014).

Estos espacios son familiares para la comunidad, representan valores y normas específicas que le otorgan los grupos sociales pertenecientes, esto se debe a las relaciones sociales que entablan sus habitantes en cuanto al uso y a la apropiación del espacio como lugares que se construyen, producen y se defienden debido a su grado de pertenencia y vínculo afectivo generado al estar involucrados desde el inicio de los mismos. En los barrios populares sus habitantes producen y transforman el espacio público a través del uso cotidiano, la lucha simbólica y material en muchos casos para preservarlos (Hernández García, 2013).

Nuestro trabajo final es producto de la sistematización de un proceso de intervención, y se inscribe en debates éticos y decisiones del grupo que se basaron en el intercambio de conocimientos y saberes que forman parte de nuestras trayectorias como estudiantes. Estos se encuentran atravesados por los aprendizajes académicos y también por aquellos aprendizajes que nos interpelan y aportan los sujetos con los que intervenimos, por este motivo reconocemos y valoramos el encuentro con los otros para la construcción de conocimiento.

En cada época y momento histórico los sujetos significan y otorgan sentido a valores y prácticas en relaciones a las estrategias de pensamientos y de prácticas profesionales de acuerdo con las condiciones materiales y simbólicas que se inscriben en la vida cotidiana produciendo y construyendo subjetividades de época (Cazzaniga, 2020).

III- 3- Estrategia de trabajo en red- Participación en la Radio Rimbombante

El centro de salud utiliza las relaciones sociales que existen con las organizaciones del barrio, los profesionales y la comunidad como una estrategia de articulación inter - institucional o construcción - consolidación de redes. Se concibe a la red como un campo en el que los diferentes actores portan capitales y diferentes niveles de autonomía. Por ello, desde el centro de salud a través del reconocimiento, cooperación y asociación trabajan con los otros los talleres de Educación Sexual Integral dictados en los colegios de la zona, por lo cual, para la realización de

nuestras intervenciones, tanto en la radio como en la actividad en el colegio Nassif, necesitamos de esta red previa que intentamos fortalecer después de la pandemia.

Específicamente en relación a la participación en la radio Rimbombante, ésta al ser un medio comunitario genera una real y efectiva participación social, tanto en la gestión como en la producción de contenidos. En ella se informa lo que sucede en la comunidad, generando espacios para la opinión, el debate y el diálogo. Se ha hecho presente una manera de reivindicar el derecho a la información y a la libertad de expresión, como también ha visibilizado a muchos grupos sociales, culturales y étnicos que estaban relegados, donde puedan involucrarse y expresarse sobre los asuntos públicos que le interesen (Ortega Ramírez y Repoll, 2020).

Debido a que la cultura hegemónica excluye a las clases populares, siendo consecuencia el resultado de una apropiación de este capital de forma desigual, estos medios generan sus propios procesos de captación cultural desde lo que la comunidad produce en sus formas de trabajo, representaciones, modos de comunicarse e interactuar. Esto genera relaciones conflictivas entre clases sociales, interpelando los espacios comunitarios (García Canclini, 1982). La noción de espacio nos remite a un territorio compartido, una historia en común y una identidad construida donde se relaciona lo social, lo cultural y lo comunicacional, estas prácticas son productoras de sentidos de codificación y recepción. Por medio de estas prácticas cobra existencia la construcción del orden social y cultural, presentándose como un espacio de negociaciones, enfrentamientos y luchas que hacen a las clases populares y presentan una comunicación alternativa a la dominante (Boito y Von Sprecher, 2010).

La radio es parte fundamental y ocupa un lugar central en la vida de los sujetos ya que muchas veces es el ámbito en el que los sectores populares colocan sus demandas, deseos, saberes y donde se fomenta y genera participación (Winocur, 2013). Según la entrevista a una referente barrial, este espacio construye puentes, caminos, recupera la palabra y la hace colectiva donde se generan espacios de charla, el compartir experiencias, ya que estas nos sirven para repensar esos espacios y revalorizarlos (Entrevista a referente barrial, 24/01/2022).

En la radio comunitaria “La Rimbombante” se emite un programa llamado “Mujeres con todo al aire” los días martes en el horario de 09 a 11 hs. El programa nace en el año 2015 a partir de una propuesta de una de las referentes del barrio (Gloria Flores) quien diseña un

programa producido y realizado por mujeres con contenidos de género y destinado a una audiencia de mujeres; en donde sus historias, luchas, intereses y diversas realidades son visibilizados; teniendo como objetivo que ellas participen en el discurso social, desde sus pensamientos, visiones y necesidades a través de un enfoque de género y derechos donde se busca visibilizar las voces de todas. El programa lo llevan adelante vecinos del barrio en conjunto con la trabajadora social del centro de salud N°57 y la psicóloga del centro de salud de barrio Los Cortaderos, quien antes desempeñaba tareas en la comunidad del IPV Argüello. La dinámica del programa es participativa, los debates se entablan con las invitadas, a través de los mensajes de la audiencia, las redes sociales y entre las personas participantes (Aaman y Videla, 2018).

Se abordan y difunden contenidos de SSR y (no) R, derechos humanos, violencia de género, aborto, educación sexual. Se comparte música y literatura de mujeres (sistematización del servicio social del Centro de Salud N°57, 2018). Es por ello que como estudiantes de Trabajo Social propusimos 3 temas de debate en el programa Mujeres con todo al aire y el bloque llamado “Reloj de campana”. Los temas propuestos fueron consensuados con el equipo de la radio, además investigamos qué temas suelen tratarse en el programa, para poder generar un ida y vuelta, donde invite al debate para que se enriquezca nuestra intervención y participación.

En el primer programa desarrollamos la temática de MAC, por ello partimos desde la concepción de la SSR y (no) R como un derecho humano incorporado a la Constitución Nacional de 1994 en su artículo 75 inciso 22, siendo un primer reconocimiento sobre los derechos y la libertad de los cuerpos a ejercer una sexualidad plena, segura y no centrada en la procreación (Oizerovich y Perrotta, 2017).

Es importante poder hablar sobre los métodos anticonceptivos, conocer la historia y los diferentes tipos que existen, los cuales se utilizan para tratamientos médicos, evitar embarazos y enfermedades de transmisión sexual. En la actualidad, se ha avanzado en la libertad sexual, cuestionando la idea de la maternidad debido a que las personas gestantes se han incorporado al mercado de trabajo con el propósito de acrecentar sus ingresos económicos y tener una mayor libertad, lo que ha generado una transformación en los sujetos, que se hable y se tenga mayor información de los MAC (Clavero Núñez, 2018).

Tener conocimiento sobre estos es una pieza fundamental para la salud pública y el bienestar de las mujeres y personas gestantes, ser consciente de esto nos permite reclamar al estado para el cumplimiento de nuestros derechos adquiridos. En contraposición, debemos tener en cuenta que la existencia de ciertos obstáculos no les permite a los sujetos ejercer el derecho a ciudadanía sexual plena, debido a que existen determinados factores culturales, sociales y de género que impiden que tomen decisiones sobre su propio cuerpo, el uso MAC y la prevención de enfermedades de transmisión sexual (Maiztegui, 2008).

Los MAC que se encuentran garantizados por el Estado en el PNSSyPR son:

- Inyección mensual y trimestral;
- Pastillas anticonceptivas;
- minipíldora (de lactancia);
- píldora de emergencia (del día después);
- Implante subdérmico;
- Dispositivos intrauterinos (DIU);
- preservativo peneano.

Estos métodos tienen diferentes mecanismos de acción y eficacia a la hora de prevenir embarazos no deseados, como también es importante el asesoramiento por parte de un miembro del personal de la salud (Maiztegui 2008).

Por una demanda explícita del equipo de profesionales hicimos hincapié en la difusión de los métodos quirúrgicos, que son:

- **LIGADURA TUBARIA:** la cual se accede a partir de los 16 años, sin importar si tuvo o no hijEs, ni la cantidad. Sólo con el consentimiento informado. Es un método permanente que no altera el ciclo, ni el placer o el estado de ánimo
- **VASECTOMÍA:** este método está destinado a órganos reproductores masculinos, como el método anterior, se accede a partir de los 16 años, sin importar si tuvo o no hijes y la cantidad. Sólo con su consentimiento. Es un método permanente. Su procedimiento es de cirugía ambulatoria. Se necesita entre 3 a 6 meses para ser definitivo y se puede constatar

la efectividad mediante un espermograma, por lo que se recomienda en esos meses usar otro método anticonceptivo. Este procedimiento no altera la eyaculación ni la erección.

Antes del primer programa propusimos la temática en una reunión con el equipo de Mujeres con todo al aire, y aunque era un tema que se venía trabajando con anterioridad, tuvo aceptación debido al problema de los cambios de métodos producidos en la pandemia. Por razones personales no pudimos asistir de manera presencial a la radio y la estrategia para no posponer el encuentro fue que la trabajadora social nos llamara por celular. No fue la mejor manera de realizar la intervención, pero fue la única posible.

Al ser la primera vez que presentábamos un informe en el bloque reloj campana, optamos por decir lo que habíamos escrito sin posibilidad de dar espacio al debate con los demás participantes del programa y la exposición del tema resultó muy parecida a informar sobre noticia periodística. Por este motivo recibimos comentarios negativos luego en la reunión semanal con la trabajadora social y nos propuso que los temas no fueran tan estructurados, por lo cual en los sucesivos programas generamos el debate, fomentando el intercambio para que se entendiera la temática desde una construcción colectiva. Creemos relevante este aporte sobre el lenguaje radiofónico ya que desde los errores se aprende.

En nuestro segundo programa abordamos el derecho al placer, este se constituye en una dimensión que forma parte de la sexualidad. Este proceso complejo al que nos referimos se sostiene en todas las relaciones humanas, de manera progresiva y en construcción permanente, separándose del reduccionismo que lo relaciona únicamente a lo biológico, es decir como un proceso que incluye todas las secuencias de la vida hasta la muerte.

Cuando nos referimos a la sexualidad nos remitimos a la forma en que vivimos y sentimos nuestro cuerpo, desde que nacemos y a lo largo de toda la vida, a las identidades de género, el erotismo, al placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Esta se manifiesta a través de los pensamientos, creencias, deseos, gustos, emociones y fantasías y también al modo de vincularnos con otros.

Entre los derechos encontramos el placer sexual, el autoerotismo, la autoexploración, los conocimientos, fantasías, aprendizajes, para vivir el goce y la sexualidad plenamente. El derecho a decidir cuándo, cómo y con quién tener relaciones sexuales, el derecho a vivir la propia sexualidad sin presiones ni violencia, a que se respeten nuestra orientación sexual y nuestra

identidad de género, sin sufrir discriminación, a acceder a información sobre cómo cuidarnos, a disfrutar del propio cuerpo, al placer y de la intimidad con otras personas (La Tinta, 2020).

Históricamente, la representación social de la sexualidad y el placer femenino e identidades quedaba acotado únicamente a lo reproductivo, o al binarismo hombre y mujer, en el que una mujer es válida sólo con fines de ser madre y ligada a los deseos del hombre. Los seres humanos viven el mundo desde su cuerpo, pero para las personas feminizadas su vida se despliega en torno a un ciclo de vida profundamente corporal, desde niñas se imponen socialmente una serie de mandatos como cuidar la virginidad hasta cierta edad o tener hijos en cierto periodo (Lagarde y de los Ríos, 2005). Un ejemplo de esto son las campañas publicitarias, educativas e informativas que estigmatizan todas aquellas prácticas que no se ajustaban a las normas. Sin embargo, a pesar de que desde el año 1179 Hildegarda Von Bingen fue la primera mujer religiosa en descubrir el orgasmo femenino afirmando que las mujeres también sentían placer (Sigüenza, 2021), las mujeres continuaban siendo vistas como objetos para satisfacer los deseos sexuales masculinos.

Por ello, creemos que la sexualidad ha producido y reproducido relaciones de desigualdad entre los géneros, atravesadas por la división del trabajo, los roles y estereotipos, la falta de autonomía, la dependencia económica lo que conlleva el sometimiento. Los hombres definieron la sexualidad como su sexualidad y el único fin era complacerlos, por otro lado, las mujeres se relegaron de vivir una sexualidad desde el placer. Luego de años de lucha de los movimientos feministas existe una tendencia de visibilización del clítoris y del placer de las personas con vulva. En tiempos anteriores se pensaba la vagina como órgano reproductor que otorgaba placer, pero esto sólo tenía en cuenta las relaciones heterosexuales. En la actualidad entendemos que el placer incluye diversas relaciones o a través de la autoexploración (Sánchez, 2022).

La elección de este tema para hablarlo en la Radio Rimbombante nos remite al movimiento feminista para hablar del empoderamiento y soberanía de nuestros cuerpos, reconocerlos como cuerpos que sienten placer, rompiendo opresiones de los sistemas patriarcales, religiosos y el binarismo, para poder pensar solamente en cuerpos que sienten, desean y disfrutan (La Tinta, 2021).

En esta oportunidad estuvimos presentes en la radio, lo que cambió la modalidad de nuestra intervención, teniendo en cuenta el programa anterior. La temática fue recibida gratamente por las integrantes del programa y se generó un debate donde todas contaron experiencias personales. Tomamos aportes de una cartilla que pusieron a disposición sobre la importancia de conocer el propio cuerpo para dar a conocer lo que nos gusta y que nos molesta en los vínculos sexoafectivos. Aprendimos de los errores cometidos en el programa anterior y pudimos disfrutar del espacio e interpelar a los oyentes con un tema que no se habla por tabúes propios de la sociedad machista en la que estamos insertas.

En el tercer y último programa trabajamos el concepto de amor romántico, este gira en torno a una construcción social que se encarga de idealizar la imagen de príncipe azul (hombre) protector. Con esto proyectan la construcción de una mujer potenciada por el amor, de entrega condicional y totalmente dependiente. Esto propicia comportamientos específicos hacia un anhelo al matrimonio, la elección de la pareja y la maternidad (Lagarde, 2001). Por esto el amor encierra recovecos de dominio que generan desigualdad, lazos de dependencia y propiedad, como privilegios e inequidad que generan frustración. La pareja es una de las asociaciones más cargadas de deseos mágicos basados en mitos y dogmas, así como en anhelos y experiencias pasadas. La tarea es transformar las relaciones, el contenido del amor sobre las bases del pacto y una negociación equitativa que permitan la convivencia, el encuentro, el amor y la libertad.

Existen mitos sobre el amor romántico que aprendemos desde que somos niños que se transmiten de generación en generación. Aprendemos estos conceptos en la familia, los amigos y son reforzados en los juegos, las películas infantiles (como las de Disney), las telenovelas y libros para chicos. Estos mitos muchas veces nos hacen renunciar a proyectos personales y naturalizar violencias, abusos, humillaciones e insultos (Blanco, 2020). Criarnos en un contexto social y con una cultura particular influye en la forma en la que sentimos y mostramos el amor, nuestra relación con el amor puede cambiar según las relaciones que observamos en nuestro entorno (Braun, 2022).

Seleccionamos del podcast de la licenciada en psicología Blanco (2020), una serie de mitos que discutimos con el equipo de trabajo del programa “Mujeres con todo al aire”. Estos son:

- el amor es placer y sufrimiento: un ejemplo de este mito es el amor imposible de Romeo y Julieta⁴⁸ o en la Película Crepúsculo⁴⁹ donde la protagonista dice que vale la pena morir por alguien que se ama.
- Por amor todo se perdona: este mito lleva a tolerar todo y sufrir por amor. Este mito sirve para manipular a la pareja
- Los celos son una prueba de amor: este mito refuerza el comportamiento posesivo, la manipulación. “si no me cela, no me quiere”
- El mito de la media naranja: con esto se admite que no se está completo, que se necesita de otro que llene el vacío y te saque de la soledad. Que hay alguien perfecto para uno.
- Una pareja llena todos los aspectos de la vida de alguien: generación de codependencia. La pareja se transforma en el centro de la vida. Es amiga, novia y amante. Genera relaciones tóxicas. Se entrega el poder y el control de la vida a otro.
- Posesión: crecer juntos. “Sos mía y yo tuyo”. Mensaje de la canción de bachata de Romeo Santos⁵⁰ “Eres mía” que dice Solo es prestada la mujer que ama porque sigue siendo mía.
- Despersonalización: para gustarle a uno otro se debe renunciar a lo que uno es, a su identidad. Ejemplo de esto es el cuento de Disney La Sirenita⁵¹ donde la protagonista renuncia a su voz para tener piernas y poder casarse con el príncipe.
- El amor es irracional: este mito está asociado a la frase “estoy loco por amor” o “perdí la cabeza por vos”. Hablamos de una emoción incontrolable que puede justificar comportamientos desiguales y violentos en la pareja.

En el debate salieron aportes para no caer en estos dogmas sobre el amor y las relaciones de pareja cómo: amarse a uno mismo es lo más importante, saber que nos gusta, que nos hace

⁴⁸ Es una tragedia del dramaturgo inglés William Shakespeare.

⁴⁹ Es una saga de cinco películas de fantasía romántica de Summit Entertainment, basada en las cuatro novelas de la autora estadounidense Stephenie Meyer.

⁵⁰ Es un cantante de bachata que nació el 21 de julio de 1981 en el barrio Bronx de Nueva York.

⁵¹ La sirenita es una película infantil de animación de 1989, basada de Andersen, producida por Disney.

sentir cómodos. Amar es respetar y poner límites. Los celos sólo demuestran la inseguridad y la baja autoestima de quien cela. Hay que valorarse a uno mismo y negociar con la pareja. Que nadie esté incompleto, que todos valamos por lo que somos y nadie nos tiene que completar.

El centro de la vida de cada uno es uno mismo. Tus proyectos son prioridad. Nadie es posesión de otro. Somos seres únicos y autónomos. Debemos elegir dónde estar, con quién y qué vivir, sin coacciones. No renunciar a lo que somos, el amor sano no anula, hace crecer y nada justifica la violencia ni el control.

Es importante entender que el romanticismo es un mito. En el amor no hay que sufrir, sacrificarse, aguantar, renunciar y pasarlo mal. La pareja no es nuestra única fuente de bienestar y felicidad (Ramírez Zolezzi, 2019). El sacrificio por el otro, las pruebas de amor, la fusión con el otro, el olvido de la propia vida y las expectativas mágicas son elementos prototípicos del amor romántico que no sólo repercute en las mujeres y cuerpos feminizados, sino en la pareja, debido a que los hombres también tienen que cumplir con estereotipos del héroe y conquistador que no puede recibir un no como respuesta, debe resistir y quebrar las normas. Lo que hay que destacar es que si bien atraviesa a los varones también los códigos difieren entre los géneros y son los cuerpos feminizados quienes deberán dar más y los hombres tendrán su derecho a recibir (Bosch et al, 2013).

Para no caer en estos mitos que enmascaran violencia y desigualdad nos debemos concebir como ciudadanos y de esa forma negociar las condiciones dentro de la pareja, para lo cual es necesario saber que tenemos derechos humanos. Tomar el control de la propia vida y protagonizarla. Entender que tenemos derecho al amor, un amor que no sea enajenante, que no nos haga ajenos al sentido de nuestras vidas. Un amor que beneficie (Lagarde, 2001).

El objetivo de esta actividad es tratar de deconstruir los estereotipos tradicionales que representan a “las mujeres como seres débiles, sumisas, incapaces de hacer nada, victimistas, infantilizadas, caprichosas, y perversas” (Herrera Gómez, 2010, p.44). Y cambiar estos aspectos negativos en modelos positivos como mujeres que luchan, poderosas, que crean redes sociales de apoyo mutuo, con identidad y autoestima. Como también poder construir personajes masculinos que sepan compartir el protagonismo (Herrera Gómez, 2010).

III- 4- Reflexiones Sobre el Trabajo en Territorio

Como conclusión, podemos evaluar nuestra intervención en el territorio como valiosa debido a que fue útil para el centro de salud ya que se volvió a hablar de aborto y DS y (no) R en el espacio público fortaleciendo las redes existentes entre las instituciones del barrio. La difusión y promoción de estos temas las realizamos teniendo como metodología la comunicación popular, a la cual la entendemos como una categoría que engloba todas nuestras intervenciones, especialmente por utilizar un medio de comunicación comunitario presente en el barrio, como un símbolo de resistencia ante los medios hegemónicos, y utilizando el espacio público como medio para interpelar a la comunidad. Este tipo de comunicación surge desde diversos procesos culturales y sociales, donde la participación colectiva abre posibilidad de responder y llegar a los intereses de los sectores populares ya que genera un espacio histórico donde los sectores excluidos tienen la posibilidad de apropiarse de su propio entorno (Navarro Nicoletti, 2017). Además, destacamos que, si bien no pudimos encuestar a muchos usuarios del programa de salud sexual, los datos recogidos fueron evaluados por la coordinadora del centro de salud como importantes a la hora de rediseñar las estrategias de acceso a los recursos como consejerías y MAC en la etapa pos pandemia. Además de conocer el poco acceso a la información sobre IVE y sobre las actividades que se realizan en el centro de salud evaluando fortalecer la radio e incorporando nueva cartelería en la sala de espera.

Cumplimos con nuestro objetivo de volver a trabajar temas que nos interesaba difundir buscando como primera medida poner en juego herramientas que fomenten la libre elección y la ciudadanía sexual de mujeres y personas gestantes que habitan el IPV Argüello. Si bien hubo actividades más positivas que otras, en los resultados, creemos que logramos hablar de sexualidad y aborto que son temas sensibles entre las personas de sectores populares, por eso apostamos al acceso de información científica como un derecho, y se encuentra obstaculizado por falta de información y divulgación en el ámbito público debido a que existen discursos sobre la sexualidad como un tema tabú y privado (Aaman y Videla, 2018). A pesar de esto es necesario que, banderas que levantan diferentes sectores como el feminismo popular, generen espacios de reflexión y discusión pública.

Como aprendizajes del equipo consideramos importante nuestra capacidad de adaptación ante el contexto de restricciones cambiando nuestros objetivos y actividades. El armado del

programa de radio fue un desafío ya que ninguna tenía experiencia en ese campo donde el intercambio con el equipo del programa fue imprescindible para la obtención de resultados favorables. Además, la flexibilidad a las situaciones particulares con los profesionales y la comunidad y la escucha activa como herramienta para la construcción de un conocimiento colectivo.

Conclusiones

Para comenzar con estas reflexiones que tenemos como equipo de trabajo haremos una referencia especial de la Ley 27.610, ya que la consideramos un hito importante en el logro de una ciudadanía sexual plena para mujeres y personas gestantes de nuestro país y si bien jamás dudamos sobre la temática que queríamos indagar, visibilizar y aportar a su ejecución con nuestro trabajo, que es el aborto y los derechos sexuales y (no) reproductivos, esta ley nos pareció de suma importancia para el desarrollo de la tesina de grado. Si bien existen leyes que garantizan a los sujetos / personas poder decidir sobre sus vidas y cuerpos, los sectores conservadores constantemente están generando estrategias para obstaculizarlos, es por ello que consideramos importante y reivindicamos la lucha para la efectiva ejecución de las mismas.

La pandemia del COVID 19 fue un condicionante en el desarrollo de nuestro trabajo en territorio. Las restricciones a la circulación y la propia enfermedad implicaron que debiéramos repensar las actividades, dejando de lado los talleres de ESI en las escuelas con jóvenes o charlas con los vecinos promocionando los DS y (no) R e informando sobre la Ley 27.610. Asimismo, al tratarse de unas intervenciones situadas estas fueron modificadas por el contexto, pero conservando los objetivos y las estrategias que teníamos pensadas abordar; y a pesar de las posiciones en contra que puede generar la ley IVE en territorio, las interrupciones de embarazos son una realidad que siempre existió y la ley viene a dar respuesta a un tema de salud pública. Sin embargo, como mencionamos a lo largo de los capítulos el Estado en tiempos de pandemia se abocó a las necesidades más urgentes como la alimentación, dejando en segundo lugar la distribución de recursos en materia de derechos sexuales y (no) reproductivos.

La implementación de diferentes programas destinados al abordaje de la salud sexual y reproductiva, enfrentan obstáculos materiales, simbólicos e institucionales que se constituyen en vulneración de derechos y hace que las mujeres y personas con capacidad de gestar no tengan acceso a diferentes servicios, como la obtención y elección de diferentes métodos anticonceptivos, el acceso a métodos permanentes en hospitales públicos y a información científica y de calidad sobre la interrupción del embarazo. Más allá de esta situación, como equipo destacamos la articulación de la comisión de salud sexual integral de la DAPS que realiza gestiones continuas para lograr que los profesionales se capaciten y logren armar redes para abastecer de recursos a los centros de salud que carecen de alguna medicación o MAC.

Este esfuerzo por parte de los profesionales se basó en la consolidación de los espacios de redes comunitarias con otras organizaciones del barrio, como la radio y los colegios en diferentes niveles. En esta labor podemos destacar el rol del trabajo social en esta tarea. Consideramos que nuestra profesión en el campo de la salud realiza aportes específicos sobre aquellos obstáculos que vivencian los sujetos para la reproducción cotidiana de su existencia, obstáculos que se traducen en necesidades materiales y simbólicas.

Para analizar cada capítulo utilizamos categorías transversales como la ciudadanía sexual que fue abordada desde los aspectos de la lucha del feminismo para visibilizarla y poner en agenda la sexualidad de mujeres y personas gestantes rompiendo con el mandato de mujer-madre para hacerla hacedora de derechos que se materializaron en leyes, como la 25.743 o la ya mencionada 27.610 o la desnaturalización de la heteronormatividad en el caso de las disidencias. Esta categoría es expuesta en las leyes que fueron sancionadas, en las palabras manifiestas en los discursos de los actores intervinientes, tanto para posicionarse a favor como en contra. La ciudadanía crítica y comprometida se ve evidenciada en la organización del barrio en la defensa al acceso a la salud pública y la forma en que se apropian del PNSSyPR.

La categoría de ciudadanía sexual guía las intervenciones de los profesionales dentro del centro de salud facilitado por el trabajo interdisciplinario y la concepción de sujeto que recogen con la formación comunitaria. Salir al territorio con estos aprendizajes les permite entender que actividades son más acordes con las demandas de los vecinos. Nuestra intervención se inscribe en esa línea con el dispositivo de promoción en las puertas del centro de salud N°57, al trabajo de difusión de temas relacionados con una vida sexual plena en la radio Rimbombante y las intervenciones del espacio público. Los temas elegidos fueron cuidadosamente seleccionados para generar empoderamiento para la toma de decisión informada en materia de cómo cuidar el propio cuerpo.

Cuando hablamos de feminismo es interesante el análisis realizado a la lucha que se pone en práctica en la conformación de la campaña por el acceso al aborto libre, seguro y gratuito y en los ámbitos académicos, pero lo que creemos que le dio visibilidad pública fue la incorporación de organizaciones políticas, sociales y barriales, junto con los sindicatos encolumnados dentro del movimiento ni una menos y con los pañuelazos por el derecho a decidir, visibilizando la

problemática del acceso a anticonceptivos y el acceso a la IVE como problemas de salud pública en la cual el Estado debía legislar.

Por lo propio entendemos que la organización tanto de la red agenda como los lazos vecinales están generadas por mujeres y personas feminizadas del territorio, por medio de los merenderos y los comedores que gracias a los discursos vertidos por el feminismo popular de igualdad de derechos. Para acompañar el nivel de organización existente es que se buscó el fortalecimiento de redes para volver a hablar de los derechos sexuales dentro del territorio que se vieron obstaculizados en pandemia, dejando de manifiesto que existen necesidades más urgentes y que la organización de las redes presentes se constituyen en nexos facilitadores para enfrentar estos temas.

Con respecto a la comunicación popular y comunitaria hacemos referencia a la transmisión de las agendas pro derechos en diferentes espacios y ya no sólo en el ámbito académico sino en la sociedad en general y en referentes territoriales, además del reconocimiento de voces antagónicas. Los discursos que circulan en el territorio manifiestan un rechazo hacia la ley 27.610 IVE y las dificultades para acceder a métodos anticonceptivos en tiempos de pandemia.

Utilizamos la comunicación por medios alternativos como es el caso de la radio comunitaria y las intervenciones en el espacio público que rompieron la cotidianidad del barrio e interpelan a los vecinos generando canales populares de diálogo de saberes entre los profesionales y la comunidad.

Por último, el término interseccionalidad se cuela en los mandatos que rodean a mujeres y personas con capacidad de gestar que no traspasan a todos los sectores por igual. Hablando propiamente de IPV Argüello encontramos que habitan personas de diferentes etnias, migrantes, diversidades sexuales y no solo están atravesadas por la condición de género y de clase. Con respecto a este aspecto no pudimos generar estrategias en torno a las particularidades de cada sector ya que preferimos llegar de forma masiva a la comunidad en la materia de nuestras posibilidades.

El Trabajo Social como profesión en su dimensión teórica nos permite la identificación de redes y recursos y de esta forma buscamos la articulación con organizaciones y referentes territoriales y estatales, como las escuelas, para la resolver las demandas de la comunidad con acciones de promoción, prevención, y gestión de recursos sociales fomentando la participación de les individuos y familias.

Nuestra profesión tiene una posición crítica y transformadora de la realidad social, desde una perspectiva ético- política de defensa y promoción de los derechos humanos, aportando una visión de la complejidad social, necesaria para el abordaje integral de la salud, que la atención primaria propone.

Específicamente sobre la temática elegida para nuestra tesina, teniendo en cuenta el contexto que la atravesó, podemos decir que, si bien el acceso a los DS y (no) R y el aborto se establecieron como esenciales y prioritarios en el sistema de salud, la pandemia vino a profundizar la fragmentación en diferentes niveles de atención y la falta de articulación entre las diferentes jurisdicciones (nacionales, provinciales y municipales) generando demoras y faltantes en la provisión de anticonceptivos y misoprostol, dejando que la atención librada a la iniciativa y el compromiso de agentes de salud en los diferentes centros del primer nivel de atención (Bilavcik et al, 2022).

El trabajo en equipo de redes de profesionales y referentes territoriales sostuvieron la labor cotidiana y nosotras nos sumamos a esta tarea ya que consideramos que es necesario visibilizar esta tarea de les profesionales en los territorios con abordaje comunitario, en el primer nivel de atención, con una perspectiva de derechos.

En cuanto a la atención del aborto y los derechos sexuales y (no) reproductivos destacamos que es necesario modificar las prácticas hacia el abordaje comunitario, siendo indispensable reconocer que la salud de las comunidades está determinada por múltiples factores y desplazar el foco de la enfermedad a la promoción de la salud. Como eje central para esta tarea consideramos al trabajo intersectorial y la participación comunitaria junto al posicionamiento ético y político de les profesionales, como una forma de poner el juego los recursos colectivos con los que dispone la comunidad del IPV Argüello (Aaman y Videla, 2018).

Nos surgieron interrogantes durante el periodo de intervención en el territorio que nos hicieron pensar y posicionarnos ya que nosotras nos abocamos a la promoción de información clara y precisa sobre la importancia de la elección libre y autónoma de los métodos anticonceptivos, pero la falta de recursos deja descubierto el problema del trabajo integral entre los distintos niveles de atención, un ejemplo de esto es cuando realizamos la consejería y anotamos a las personas interesadas para hacerse una ligadura tubaria sabiendo de la poca disponibilidad de esa intervención en el neonatal. Hasta dónde llega el compromiso de los profesionales para garantizar el acceso a la salud pública en un contexto donde se están vaciando de contenido y recursos las políticas públicas en materia de salud, cuando solo existen 12 centros de salud que cuentan con equipos completos, compuestos con integrantes de medicina, enfermería, psicología y trabajo social, para una correcta atención integral según el estudio realizado en 2019 (Bertona et al, 2022).

Para finalizar, como equipo consideramos valioso replicar la experiencia realizada en cuanto proponemos para el Centro de Salud N°57 como para la APS en general: difundir acerca de la accesibilidad de la IVE y los DS y (no) R fortaleciendo las consejerías de género y salud integral llevándola a espacios fuera de los consultorios, principalmente en las escuelas, complementando la ley de ESI. Creemos prioritario el desarrollo de estrategias colectivas de exigibilidad de estos derechos para hacer frente a la falta de recursos y obstáculos de acceso a los servicios de otros niveles de atención. En este sentido, consideramos importante, a su vez, que las mujeres y personas gestantes alcen la voz para demandar por el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos lo estamos haciendo por la autonomía de las mujeres y, en ese proceso, a través de la construcción ciudadana, de su emancipación (Gutiérrez, 2004).

Referencias Bibliográficas

- Aaman, M. y Videla, N. (2018). *De relatos, obstáculos y resistencias: el acceso a los derechos sexuales y reproductivos* [Tesina de Grado no publicada]. Universidad Nacional de Córdoba.
- Acevedo, P.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.
- Acevedo, P. (2006). *El Territorio Como Dador De Identidad O Por Que Los Pobres Luchan Por Pertenecer En La Ciudad*. Ponencia presentada en 5 Siglos En Las Márgenes Talleres Universitarios Facultad De Arquitectura, Urbanismo Y Diseño Industrial-UNC. Septiembre 2006-Mimeo.
- Acevedo, P. (2011). *En torno a los sujetos: aportes, debates, ejes de análisis la Organización como construcción colectiva. Asignatura: Teoría espacios y estrategias de intervención II. Licenciatura en Trabajo Social. Universidad Nacional de Córdoba*.
- Ahumada, M. (2021). *Guía de Recomendaciones para una Comunicación No Sexista e Inclusiva*. Prosecretaría de Comunicación Institucional Universidad Nacional de Córdoba. [Archivo PDF].
https://www.unc.edu.ar/sites/default/files/unc_guia_recomendaciones_comunicacion_no_sexista_e_inclusiva_b.pdf
- Allende, J. y Domínguez, I. (2019). *Derechos Sexuales y no Reproductivos: Nuestro cuerpo, nuestra decisión* [Tesis de Grado no publicada]. Universidad Nacional de Córdoba.
- Aguilar Barriga, N. (2020). Una aproximación teórica a las olas del feminismo: la cuarta ola. *FEMERIS: Revista Multidisciplinar De Estudios De Género, Vol. 5, N°2, p. 121-146*.
<https://doi.org/10.20318/femeris.2020.5387>
- Aguiló, A. (2012) - “Honestidad y progreso social”, Hacer Familia nº 223. interrogantes.net – Blog de Alfonso Aguiló. publicado el 29/08/2012 [Blog Post]

<https://www.interrogantes.net/alfonso-aguilo-honestidad-y-progreso-social-hacer-familia-no-223-1-ix-2012/>

Ameigeiras, A. (2008) - El fenómeno religioso y sus transformaciones recientes, en Religiosidad popular: creencias religiosas populares en la sociedad argentina. - 1a ed. - Los Polvorines: Univ. Nacional de General Sarmiento; Buenos Aires: Biblioteca Nacional, 2008.

Aquin, N. (1995). Acerca del objeto de trabajo social. *Revista Acto Social n° 10*. Córdoba.

Arrausi L. y Guardia V. (2016). *Los espacios lúdicos como lugares de promoción de derechos*. Colección Desafíos Cuadernillo N°1. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Entre Ríos. [Archivo PDF] <https://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2017/04/Los-espacios-1%C3%BAdicos-como-lugares-de-promoci%C3%B3n-de-derechos.pdf>

Aizenberg, L, Gogna, M, Gutiérrez, M.A, Mario, A, Petracci, M, Romero, M, Ramos, S, Soich, T, Szulik, D, Weller, S y Zamberlin, N. (2002). La salud y los derechos sexuales y reproductivos: avances y retrocesos. Capítulo 8. En: derechos humanos en argentina informe 2002-2003. Informe del CELS. Publicado el 12 de julio del 2003. <https://www.cels.org.ar/web/publicaciones/derechos-humanos-en-argentina-informe-2002-2003>.

ATTTA (2020)- Ley de identidad de Género- Fecha de publicación 07 de septiembre de 2020- <http://attta.org.ar/ley-de-identidad-de-genero/>

Barrancos, D. (2014). Los caminos del feminismo en la Argentina: historia y derivas. Voces en el Fenix. Disponible en: <https://www.apdh-argentina.org.ar/feminismos%20dora%20barrancos.pdf>

Beauvoir, S. (1949). *El segundo sexo. Los hechos y los mitos*. [Archivo PDF] https://www.segobver.gob.mx/genero/docs/Biblioteca/El_segundo_sexo.pdf

Bertona, L., Ramia Villapando, A., Scarpino, P. (2017). La interseccionalidad como apuesta para la construcción de un proyecto profesional decolonial. *Conciencia Social Revista digital*.

Vol. 1. N°1 (2017).
<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/18435>

Bertona, M. y Morillo, A. (2022)- La política de salud sexual y reproductiva del primer nivel de atención de la municipalidad de Córdoba: Un análisis centrado en los derechos y en la perspectiva de género. Artículo enmarcado en el proyecto Los Derechos Sexuales en Salud Pública Prácticas y Representaciones en el Primer Nivel de Atención de la Ciudad de Córdoba.

Bertona, M., García, P., González Ramos, G, Morillo, A. y Buffarini, A. (2022)- La Atención Primaria de la Salud y la Salud Sexual y (no) Reproductiva en la Ciudad de Córdoba. Capítulo 4. En: Bosio y Crosetto [compiladoras]. *Los Derechos Sexuales en Salud Pública Prácticas y Representaciones en el Primer Nivel de Atención de la Ciudad de Córdoba*. - 1° edición. - Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Sociales, 2022. Libro digital. P: 62-101.

Berra S., Rivera C., Nicora V., Pasarín M. (2018) Experiencia con el primer nivel de atención según cobertura de salud en Córdoba, Argentina. *Revista de Archivos de Medicina Familiar y General*. Vol. 15 N°1. [Archivo PDF]
<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/91900>

Bilavcik, C, Crosetto, R. y Bosio, M. (2022)- Reflexiones finales. Los derechos sexuales en tiempos de pandemia. Capítulo 7. En: Bosio y Crosetto [compiladoras]. *Los Derechos Sexuales en Salud Pública Prácticas y Representaciones en el Primer Nivel de Atención de la Ciudad de Córdoba*. - 1° edición. - Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Sociales, 2022. Libro digital. p: 156-175. [Archivo PDF].
<https://sociales.unc.edu.ar/sites/default/files/LIBRO%20DIGITAL%20LOS%20DERECHOS%20SEXUALES%20EN%20SALUD%20PUBLICA-%20CROSETTO%20-BOSIO-ET.AL%20.pdf>

Biondini, V. (2021). Migración, género y salud. prácticas y experiencias de derechos sexuales y (no) reproductivos de mujeres migrantes peruanas. *Revista de Estudios Sociales Contemporáneos* N°25. IMESC-IDEHESI/CONICET. Universidad Nacional de Cuyo, p. 99-118.

- Biswas, A. (2004). La tercera ola feminista: cuando la diversidad, las particularidades y las diferencias son lo que cuenta. *Casa del Tiempo*.
- Bosch, E., Ferrer, V., Ferreiro V. y Navarro, C (2013) ¿De qué hablamos cuando hablamos de amor? Breve historia del amor romántico. En: Bosch y otras, *La violencia contra las mujeres. El amor como coartada*. Barcelona: Anthropos. PP. 11-57.
- Bosio, M. y Crosetto, R. (2020). Ciudadanía sexual y atención primaria de la salud. *Pensando el neoliberalismo desde el aula. Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social*, 4 (7). 12-28. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/30736>
- Boito, M. y Oliva, A. (2019). ¿Ves? Entre todos podemos y hacemos más: Una lectura crítica de la gestión urbana en Córdoba; Universidad de La República; P.225-241
- Boito, M. y Von Sprecher, R. (2010). Comunicación y trabajo social- 1a edición. - Editorial Brujas. [Archivo PDF] <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/132206>
- Bourdieu, P. (1985). Espacio social y génesis de las clases. *Espacios*, 2- Buenos Aires
- Brown, J. (2008). Los derechos (no) reproductivos en Argentina: encrucijadas teóricas y políticas. Junio 2008
<https://www.scielo.br/j/cpa/a/WGFGP76nYJbHvrCsrnDVhtv/?format=pdf&lang=es>
- Butler, J. (2004). *Deshacer el género*. [Libro] Editorial Paidós Studios 167. España.
- Carballeda, A (2002). La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales- Editorial Paidós. [Archivo PDF] [https://www.margen.org/intervsoc/La%20Intervenci%C3%B3n%20en%20lo%20social,%20Alfredo%20Carballeda%20\[Pag%201%20-%2019\].pdf](https://www.margen.org/intervsoc/La%20Intervenci%C3%B3n%20en%20lo%20social,%20Alfredo%20Carballeda%20[Pag%201%20-%2019].pdf)
- Carballeda, A. (2004). La intervención en lo social: exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales [Archivo PDF]. <https://www.bibliopsi.org/docs/carreras/terapia-ocupacional/TEORIA%20Y%20TECNICA%20DE%20TO%202/La%20intervencion%20en%20lo%20social,%20CARBALLEDA.pdf>

- Católicas por el derecho a Decidir (2022). *Acceso a la salud sexual y reproductiva- IVE/ILE en la provincia de Córdoba. Encuesta a efectores de salud del subsector de salud pública.* [coordinadora] Ana Morillo. [Archivo PDF] https://catolicas.org.ar/wp-content/uploads/2022/05/Acceso-a-la-Salud-Sexual-y-Reproductiva_CORDOBA.pdf
- Cazzaniga, S (2002). *Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud.* [Archivo PDF]. <http://www.fhycs.unam.edu.ar/carreras/wp-content/uploads/2017/03/Trabajo-Social-e-interdisciplina-autor-SUSANA-CAZZANIGA.pdf>
- Cazzaniga, S. (2014). *El saber cómo atributo de legitimidad. El caso del Trabajo Social.* Políticas y prácticas de enseñanza y aprendizaje en TS. Compiladoras Spasiuk y Balmaceda.
- Cazzaniga, S (2020). Acerca del otro (otra, otre) en trabajo social. Concepciones y problematizaciones *Revista Debate Público.* Reflexión de Trabajo Social. Año 10 - Nro. 19 <http://trabajosocial.sociales.uba.ar/revista-debate-publico-no-19/>
- Cepeda, A. (2008). Historiando las políticas de sexualidad y los derechos en Argentina: entre los cuentos de la cigüeña y la prohibición de la pastilla. (1974-2006)- prácticas de oficio. *Investigación y reflexión en Ciencias Sociales, N°2-* Julio de 2008. [Archivo PDF] <https://static.ides.org.ar/archivo/www/2012/04/artic14.pdf>
- Clavero Núñez, (2018). Historia evolutiva de la anticoncepción. ANALES RANM [Internet]. Real Academia Nacional de Medicina de España; 2018 Sep. 3. DOI: <http://dx.doi.org/10.32440/ar.2018.135.01.rev09>
- Corpas Figueroa, J. (2020). Interseccionalidad y trabajo social: perspectiva para el análisis de la desigualdad y la intervención social. *ConCiencia Social. Revista digital de Trabajo Social.* Vol. 3 (2020) Nro. Especial 2 - ISSN 2591-5339 <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/>
- Crosetto, R., Domínguez, A., Nucci, N. y Soldevila, A, (2013). Intersecciones familia y género en relación a las políticas públicas. Artículo presentado en CLACSO Grupo de Trabajo

- Familias y Género en dinámicas transnacionales y locales. [Archivo PDF] http://vip.ucaldas.edu.co/revlatinofamilia/downloads/Rlef6_8.pdf
- Crosetto, R (2022)- Ciudadanía y derechos- Disputas y tensiones en la construcción de ciudadanía sexual. Capítulo 2. En: Bosio y Crosetto [compiladoras]. *Los Derechos Sexuales en Salud Pública Prácticas y Representaciones en el Primer Nivel de Atención de la Ciudad de Córdoba*. - 1º edición. - Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Sociales, 2022. Libro digital. p: 32-41. [Archivo PDF]. <https://sociales.unc.edu.ar/sites/default/files/LIBRO%20DIGITAL%20LOS%20DERECOS%20SEXUALES%20EN%20SALUD%20PUBLICA-%20CROSETTO%20-BOSIO-ET.AL%20.pdf>
- Custo, E. y Fonseca, C. (1997). El Trabajo Social ¿Cómo mira a los sujetos que demandan su práctica profesional? *Revista Acto Social* N° 18. Córdoba.1997
- Di Marco, G. (2012). *Las demandas en torno a la ciudadanía sexual en Argentina*. Revista: SER Social, Brasilia, v. 14, n. 30, p. 210-243, junio de 2012. [Archivo PDF]
- Dabas, E., y Perrone, N. (1999). *Redes en salud*. [Archivo PDF]. <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/redes.pdf>
- Dabas, E. y Najmanovich, D. (2007). Una, dos, muchas redes: Itinerarios y afluentes del pensamiento y abordaje en redes. <https://es.scribd.com/document/246364052/Una-Dos-Muchas-Redes-Dabas-y-Najmanovich>
- Danani, C. (2009). La gestión de la política social: un intento de aportar a su problematización en M. Chiara y M. Di Virgilio (Organizadoras). *Gestión de la Política Social. Conceptos y herramientas*. (1a ed., pp. 25-51). Universidad Nacional de General Sarmiento. [Archivo PDF]. <https://www.ungs.edu.ar/wp-content/uploads/2019/08/9789876302661-completo-1.pdf>
- Del Canto, R. (25 de noviembre de 2016). El 57, memorias de un centro de salud. Trabajo realizado por el cine comunitario Rimbombante. [Archivo de video]. <https://www.youtube.com/watch?v=Q7SbQYCyLOW>

- Deza, S. (2018)- Secularismo estratégico y nuevos bordes de la política sexual. *SIN MIGA*
<https://sinmiga.com/2018/08/08/secularismo-estrategico-y-nuevos-bordes-de-la-politica-sexual/#:~:text=La%20noci%C3%B3n%20de%20%20E2%80%9Csecularismo%20estrat%C3%A9gico,que%20reconoce%20una%20diversidad%20existente>
- Echeverría, A. (2014). El barrio como parte de la solución y como problema. Parte III. En: Clemente A. [coordinadora]. *Territorios urbanos y pobreza persistente*. Editorial: Espacio.
- Erviti, J. (2005). *El aborto entre mujeres pobres. Sociología de la experiencia* [Archivo PDF].
<http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/crim-unam/20100331013135/Abortomujpobres.pdf>
- Esping Andersen, G. (1993). “Las tres economías políticas del Estado del Bienestar”, en Gøsta Esping- Andersen, *Los tres mundos del Estado del Bienestar*, Edicions Alfons el Magnánim-IVEI.
- Facio, A. y Fries, L. (2005). Feminismo, género y patriarcado. Academia, Revista sobre la enseñanza del derecho de Buenos Aires. Año 3. N°6. p. 259- 294. [Archivo PDF]
http://www.derecho.uba.ar/publicaciones/rev_academia/revistas/06/feminismo-genero-y-patriarcado.pdf
- Ferrandini, D. (2010). Salud: opciones y paradigmas. Editorial Mimeo. 2010.
- Ferrandini, D. (2011). *Algunos problemas complejos de salud* [Archivo PDF].
<https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/capacitacion/cursos/ConcepcionesSalud-Ferrandini.pdf>
- Foucault, M. (1992). Microfísica del poder. Tr. de Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría. 2a. ed. Madrid, Editorial: La Piqueta. Segunda edición. Original 1979.
- Gaitán, P. (2016) Estrategias de intervención en trabajo social institucional. *En: Compartiendo quince años del Programa “La universidad escucha las escuelas”. Perspectivas, debates y propuestas desde el Trabajo Social Institucional (2001- 2016)*. Comp. Rotondi, G. Facultad de Ciencias Sociales, UNC, 2016.

- Galeano, D, Trotta, L, y Spinelli, H. (2011). Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. *Salud colectiva*, 7(3), 285-315. <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v7n3/v7n3a02.pdf>
- García Canclini, N. (1982). *Las culturas populares en el capitalismo*". Edit. Nueva Imagen, 1982. Cap. II y III. Editorial: Nueva Imagen. [Archivo PDF]. <http://institutocienciashumanas.com/wp-content/uploads/2019/08/Introducci%C3%B3n-y-Cap-1.-Las-culturas-populares-en-el-capitalismo-pdf.pdf>
- Giraudó, S., Remondegui, C., y Urquiza, A. (2012). *Luz, cámara y acción- Una experiencia de intervención desde la salud con jóvenes en Barrio Argüello IPV*. [Tesina de Grado no publicada]. Escuela de Trabajo Social- Facultad de Derecho y Ciencias Sociales- UNC.
- Godelier, M. (1986). *La producción de grandes hombres, poder y dominación masculina entre los baruya de Nueva Guinea*, Editorial Akal, Madrid.
- González, R. (2008). La importancia de resignificar el papel de las instituciones desde el trabajo social. *Revista del departamento de trabajo social perspectivas*. N°5
- Guber, R. (2001). "*La entrevista etnográfica o el arte de la no directividad*". [Archivo PDF]. https://www.edumargen.org/docs/curso46-10/unid02/apunte03_02.pdf
- Gutiérrez M. A (2004). "Iglesia católica y política en Argentina: el impacto del fundamentalismo en las políticas públicas sobre sexualidad." CEDES, Universidad de Buenos Aires Disponible en: <http://www.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/48947.pdf>
- Gutiérrez, R. y Salazar Lohman, H. (2015). Reproducción comunitaria de la vida- Pensando la transformación social en el presente. *Apantle Revista de estudios comunitarios No. 1 ¿común para qué? Sociedad Comunitaria de Estudios Estratégicos- Puebla México*. Pg. 15 a 50. Disponible en: <https://kutxikotxokotxikitxutik.files.wordpress.com/2016/12/el-apantle-revista-deestudios-comunitarios-11.pdf>
- Hacking, I. (2001). *¿La construcción social de qué?* [Archivo PDF]. https://sociales.aulavirtual.unc.edu.ar/pluginfile.php/116705/mod_resource/content/2/Hacking%20Locura.pdf

- Hernández García, J. (2013). *Construcción social del espacio público en barrios populares de Bogotá*. [Archivo PDF]. <https://revistainvi.uchile.cl/index.php/INVI/article/view/62459/66461>
- Herrera Gómez, C. (2010). Los mitos del amor romántico en la cultura occidental. Madrid: El Rincón de Haika. Illouz. Por qué duele el amor. Una explicación sociológica. Madrid: Katz Editores. [Archivo PDF]. <http://w390w.gipuzkoa.net/WAS/CORP/DBKVisorBibliotecaWEB/visor.do?ver&amicus=673603#:~:text=Es%20un%20lugar%20de%20reflexi%C3%B3n.las%20outop%C3%ADas%20rom%C3%A1nticas%20de%20la>
- Hochbaum, E (2013). Clase o sectores populares aprehendiendo el pueblo llano, viejos y nuevos debates. *XIV Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia*. Departamento de Historia de la Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza. [Archivo PDF] <https://cdsa.aacademica.org/000-010/955.pdf>
- Jelín, E. (2010). *Pan y afectos. La transformación de las familias* [Archivo PDF]. <https://catedralibrets.files.wordpress.com/2015/05/jelin-pan-y-afectos.pdf>
- Lagarde, M (2001). Claves feministas para la negociación en el amor. Editorial: Puntos de Encuentro. Managua, Nicaragua.
- Lagarde y de los Ríos, M. (2005)- Los cautiverios de las mujeres: madresposas. monjas, putas. presas y locas. Reedición realizada por la Universidad Nacional de México. Publicación original 1990- Editorial: siglo XXI editores. Ciudad de México.
- Lagneaux, M. (2017). *El lenguaje inclusivo y la escritura académica en la universidad*. [Archivo PDF]. <http://repositorio.ciem.ucr.ac.cr/bitstream/123456789/272/1/RCIEM238.pdf>
- Lamas, M. (2000). *Diferencias de sexo, género y diferencia sexual*. Cuicuilco, vol. 7, núm. 18, enero-abril, 2000, p. 0 Escuela Nacional de Antropología e Historia. Distrito Federal, México. [Archivo PDF] <https://www.redalyc.org/pdf/351/35101807.pdf>
- Levin, S (2018)- Salud sexual y salud reproductiva sin libertad?: El conflicto por el aborto en Argentina. *Revista Salud Colectiva*. 14(3):377-389. 2018 doi: 10.18294/sc.2018.2011.

- López Accotto, A., Martínez, C., Mangas, M., y Pappas, R. (2016). “Los recursos públicos” (Págs. 49-74) y “El gasto público” (Págs. 75-104). *Finanzas públicas y política fiscal. Conceptos e interpretaciones desde una visión argentina*, Universidad Nacional de General Sarmiento, Los Polvorines.
- Magliano, M. (2015). Interseccionalidad y migraciones: potencialidades y desafíos. *Revista Estudios Feministas*, vol. 23, núm. 3, septiembre-diciembre, 2015, p. 691-712 Universidade Federal de Santa Catarina Santa Catarina, Brasil [Archivo PDF] <https://www.redalyc.org/pdf/381/38142136003.pdf>
- Martínez, N (2018)- ¿Pueblo feminista? Algunas reflexiones en torno al devenir popular de los feminismos. *Feminismos Populares: entre la política de la calle y la política estatal*, Conicet. México. p: 173-201. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-85742018000200173
- Maiztegui, L. (2008). *Conocimiento sobre métodos anticonceptivos y conductas de salud sexual y reproductiva de las mujeres del hospital Materno provincial de Córdoba*. [Tesis de Maestría] Escuela de salud pública. Universidad Nacional de Córdoba. https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/226/maiztegui_laura_c.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Mazelle, L y Sabarots, H. (1998). “Qué es la Raza?”, y “El racismo como problemática científica” en Lischetti M. (comp) *Antropología*. Eudeba. Buenos Aires.
- Michel, A. y Navarrete, S. (2015) - *Objeción de conciencia y aborto. (Ramos), Investigación sobre el aborto en Argentina: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencias*. [Archivo PDF]. <http://www.clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/661/investigacion%20sobre%20aborto%20en%20XL.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Minyersky, N (2009)- Aborto no punible. Análisis del artículo 86 del código penal. En: Juliá, S, Kohan, H y Minyersky, N. Acceso universal a la salud sexual y reproductiva: Un desafío

- para las políticas públicas. *Católicas por el Derecho a Decidir*. Córdoba. 2009.
https://argentina.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2015-06_aussyropolpub.pdf
- Morán Faundes, J. (2012). Argumentos a favor del derecho a decidir. *Católicas por el derecho a decidir*. Córdoba, Argentina. [Archivo PDF].
<https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/946/argumentos%20a%20favor%20del%20derecho%20a%20decidir.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Morán Faundes, J. (2018). *Religión, secularidad y activismo heteropatriarcal: ¿qué sabemos del activismo opositor a los derechos sexuales y reproductivos en Latinoamérica*. *Revista de Estudios de género, la ventana*. n°47. pp. 97-138.
- Navarro Nicoletti, F. (2017). *Comunicación popular, historia y medios comunitarios*. *Question, Revista Especializada en periodismo y comunicación*. Vol. 1. N°56.
<https://doi.org/10.24215/16696581e012>
- Nash, M (1984) - Nuevas dimensiones en la historia de la mujer. En presencia y protagonismo: aspectos de la historia de la mujer. Ediciones del Serbal
- Oizerovich, G y Perrota, S. (2017). *Estrategia conjunta de salud sexual, salud reproductiva y educación sexual en la adolescencia*. Buenos Aires. Julio de 2017.
https://argentina.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ArticulacionPNSIA_PNSSyPR_ESI_UNFPA2017.pdf
- Ortega Ramírez, P. y Repoll, J. (2020). *Radio comunitaria: participación ciudadana sin límites*. Repoll, Ortega Ramírez, [coordinadores]. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana: Bonilla Artigas Editores, 2020.
<http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/dcsh-uam-x/20201029114445/Radio-Comunitaria.pdf>
- Pla, J., Rodríguez de la Fuente, J. y Sacco, N. (2015). Clases sociales y condiciones de vida. Mirar la estructura social desde la desigualdad. 12° Congreso Nacional de Estudios del Trabajo ASET. ASET, CABA, 2015. [Archivo PDF]
<https://www.aacademica.org/jesicalorenpla/45.pdf>
- Pedrazzani, C. (2011). *Territorialidades Urbanas y Fronteras Simbólicas. Un análisis desde las políticas habitacionales implementadas en IPV de Argüello de la Ciudad de Córdoba –*

- Argentina. [Tesis de grado, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Nacional de Córdoba]. [Pedrazzani, Carla Eleonora.pdf \(4.070Mb\)](#)
- Pedrido, V. (2021). *Cartografía argumentativa de los sectores fundamentalistas / conservadores*. [Archivo PDF]. <https://grupofusa.org/wp-content/uploads/2021/05/Cartografia-argumentativa-de-los-sectores-conservadores-fundamentalistas-1-2-1.pdf>
- Peralta, M. (2020). La intervención social como categoría teórica y campo de conocimiento de las ciencias sociales. Una mirada desde la acumulación del trabajo social. [Archivo PDF]. <https://revistas.unlp.edu.ar/escenarios/article/view/10040/8778>
- Perrota, G. (2013). *Promoción de la Salud y Consejería: estrategias de la Atención Primaria de la Salud en Salud Sexual y Reproductiva. Ficha de la cátedra de la materia: “El rol del psicólogo en el equipo interdisciplinario de salud”*. Facultad de Psicología. Buenos Aires. UBA.
- Platero, L (2012). *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada*. Temas contemporáneos. Edicions Bellaterra. Barcelona. Recuperado de: <https://proyectocuerdas.hypotheses.org/files/2012/12/intersecciones-portada-e-indice.pdf>
- Rabotnikof, N. (2008). Lo público hoy: lugares, lógicas y expectativas. *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, núm. 32, septiembre, 2008, pp. 37-48, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales Ecuador. [Archivo PDF] https://perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/rabotnikof_nora_lo_publico_hoy-%20lugares_logicas_y_expectativas.pdf
- Ramírez Zolezzi, C. (2019). *La violencia contra las mujeres y el mito del amor romántico-Romper con el mito del amor romántico que nos enseñan los cuentos de princesas permite construir relaciones igualitarias y libres de violencia*. Informe de la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres. 19 de febrero de 2019. <https://www.gob.mx/conavim/articulos/la-violencia-contra-las-mujeres-y-el-mito-del-amor-romantico?idiom=es>
- Repetto, F. (2009). *Experiencias comparadas de coordinación de políticas sociales en América latina: Aprendizajes para el caso Argentino*. [Archivo PDF] http://www.asociacionag.org.ar/pdfcap/6/REPETTO_FABIAN_EXPERIENCIAS.pdf
- Rivero, S y Del prado, L (2019). Comunidad y participación: debates desde la profesión del Trabajo Social. En: Pablo Paño Yáñez, Romina Rébola y Mariano Suárez [Comp.]

- “Procesos y Metodologías Participativas. Reflexiones y experiencias para la transformación social”. Montevideo: CLACSO - UDELAR. ISBN: 978-9974-93-184-8. Páginas 114 -129.
https://www.academia.edu/42971071/LEONEL_DEL_PRADO_y_Silvia_Rivero_2019_Comunidad_y_participaci%C3%B3n_debates_desde_la_profesi%C3%B3n_del_Trabajo_Social_P%C3%A1ginas_114_129
- Rodríguez, D. (2019). *Trabajo social comunitario: historia, características, funciones*. Lifeder. [Archivo PDF]. <https://www.lifeder.com/trabajo-social-comunitario/>.
- Rodríguez Enríquez, C. (2010). *Análisis económico para la equidad: los aportes de la economía feminista*. SaberEs N°2 (2010) Sección: Autora invitada. p. 3-22
<http://www.scielo.org.ar/pdf/saberes/v2n1/v2n1a01.pdf>
- Rossi, A. (2008). *Organizaciones públicas estatales y no estatales y práctica del trabajador social*. Revista de Trabajo Social – FCH – UNCPBA. Tandil, Año 1 N° 1, p. 126 – 141. Diciembre de 2008.
- Rovere, M. (2012). Atención primaria de la salud en debate. *Saúde em Debate*, 36, 327-342. Programa de Capacitación en Análisis e Implementación de Políticas de Atención Primaria de la Salud.
- Rovere, M. (2016). *El sistema de salud de la Argentina como campo, tensiones, estratagemas y opacidades*. Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social UBA.
- Sampieri, R. (2006). *Formulación de hipótesis en metodología de la investigación*. [Archivo PDF] <https://idolotec.files.wordpress.com/2012/05/sampieri-cap-5.pdf>
- Sánchez, E. (2022). *La Invisibilización del Placer Sexual Femenino: una investigación cualitativa basada en las experiencias vitales de diez mujeres*. [Archivo PDF] <https://rodin.uca.es/bitstream/handle/10498/27383/tfm%20Eva%20D%C3%ADaz.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Scarpino, P, Bertona, L y Ramia Villapando, A (2018). *Resistir, luchar, crear: La salud en disputa*. Taller de Historia Social de la salud y la enfermedad en Argentina y América Latina. Córdoba, 2018.
- Segato, R. (2015). *La crítica de la colonialidad en ocho ensayos y una antropología por demanda*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Prometeo Libros. [Archivo PDF] <https://www.lavaca.org/wp-content/uploads/2016/04/la-critica-de-la-colonialidad.pdf>

- Schufer, M. Matellini, P y Moscovici, L. (2006). Los pediatras y la ley de salud sexual y procreación responsable. En: Petracci, M y Ramos, S. *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina*. Aportes para comprender su historia. Ed. Cedes.
- Soldevila, A. (2020). *Aportes del enfoque de género feminista* [Archivo PDF]. https://sociales.aulavirtual.unc.edu.ar/pluginfile.php/69140/mod_resource/content/1/Enfoque%20de%20g%C3%A9nero%20feminista.pdf
- Sousa Santos, B. (2006). *Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social*. Biblioteca Clacso. Buenos Aires. 2006. <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/edicion/santos/santos.html>
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud colectiva*, 6(3), 275-293. [Archivo PDF] <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v6n3/v6n3a04.pdf>
- Tarducci, M. (2018). *Escenas claves de la lucha por el derecho al aborto en Argentina*. Revista Salud Colectiva Salud. Universidad Nacional de Lanús. doi: 10.18294/sc.2018.2036.
- Vaggione, J. (2010). El activismo religioso conservador en Latinoamérica. Colección: Religión, Género y Sexualidad. coleccion@catolicas.com.ar
- Valencia Murcia, F. y Correa García, A. (2006). Ayuda mutua e intercambio: hacia una aproximación conceptual. *Revista Científica Guillermo de Ockham*, vol. 4, núm. 2, julio-diciembre, pp. 71-82. Universidad de San Buenaventura. Cali, Colombia
- Vela Quico, A. (2011). *Historia de los paradigmas en salud*. Arequipa, Perú.
- Viaña, X. (2004). *El poder en el trabajo social. Una aproximación desde Foucault (2004)*. [Archivo PDF]. <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0404110021A/76053>
- Winocur, R (2013). *Los diversos digitales y mediáticos que nos habitan cotidianamente*. [Archivo PDF] http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20130722110743/Rosalia_Winocur.pdf
- Zaldúa, G., Longo, R., Pawlowich, M. y Moschella, R. (2010). *Mujeres migrantes y el acceso a los derechos sexuales y reproductivos*. II Congreso internacional de investigación y práctica profesional en psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto encuentro de investigadores en psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. [Archivo PDF] www.aacademica.org/000-031/291.pdf

Zamberlin, N. (2004). *De salud materno infantil a salud reproductiva-avances y retrocesos- una nueva perspectiva en un contexto de cambio*. Argentina: CLACY
<https://noticias.unsam.edu.ar/2021/12/28/a-un-ano-de-la-ley-27610-de-interrupcion-voluntaria-del-embarazo/> Consejería Integral en Violencia de Género y Sexualidades

Fuentes documentales:

Art 86 código penal de 1921

Ordenanza municipal N°9479\96 art 2

Amnistía Internacional (06 de dic de 2021) Aborto legal- no se ejerce un derecho que se desconoce [Archivo PDF] <https://amnistia.org.ar/wp-content/uploads/delightful-downloads/2021/12/Informe-No-se-ejerce-un-derecho-que-se-desconoce.pdf>

Ase, I (2006). La Descentralización de Servicios de Salud en Córdoba (Argentina): Entre la Confianza Democrática y el Desencanto Neoliberal. *Salud Colectiva*, 2 (2).
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652006000200008

Braun, J. (2022). *No necesitamos el amor romántico en nuestras vidas: los riesgos de idealizar la pareja por encima de otros afectos*. Artículo del 31 de marzo de 2022- BBC News Brasil en San Pablo. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-60915416>

Bellucci, M. y Mitidieri, G. (15 de septiembre de 2017). *Genealogía del 28 de septiembre, día de lucha por el aborto legal*. LATFEM. <https://latfem.org/genealogia-del-28-de-septiembre-dia-de-lucha-por-el-aborto-legal/>

Católicas por el Derecho a Decidir. (2011). *Como feministas católicas, abrazamos una fe que respete nuestros derechos*. <https://catolicas.org.ar/#quienes-somos>

Constitución de la Nación Argentina [Const]. (Argentina).
<https://www.congreso.gob.ar/constitucionNacional.php>

Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) <https://www.ohchr.org/es/treaty-bodies/cedaw>

Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (2020). *El derecho a la salud sexual y reproductiva en Argentina en época de COVID - 19*. [Archivo PDF].

<https://www.ela.org.ar/a2/objetos/adjunto.cfm?aplicacion=APP187&cnl=87&opc=53&codcontenido=4313&codcampo=20>

Hernández García, J. (2013). Construcción social de espacio público en barrios populares de Bogotá. *Revista INVI*, 28(78), 143–178.
<https://revistainvi.uchile.cl/index.php/INVI/article/view/62459>

Blanco, I. Licenciada en Psicología. [Presentadora]. Noviembre del 2020. episodio N°3 [episodio de podcast de audio] Podcast Psicología Femenina- Episodio Mitos del amor romántico que han llegado a arruinarnos la vida.
<https://open.spotify.com/episode/3W82k7e6cY9NeomMoBowVS?si=0d5c145937f84de8>

Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2021). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. Resumen Ejecutivo. [Archivo PDF] <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-05/resumen-ejecutivo-ive-ile-28-05-2021.pdf>

Documento de Comunicación Conjunta para Examen Periódico Universal (2012). Argentina Sesión 14. Año 2012. <http://feim.org.ar/2012/10/18/comunicacion-conjunta-para-examen-periodico-universal-argentina-sesion-14-2012-los-derechos-sexuales-y-los-derechos-reproductivos/>

La Tinta, 2021. <https://latinta.com.ar/2021/03/kammerath-impunidad/>

Ley provincial 8535 de 1996. Por la cual se crea el Programa de Salud Sexual y Reproductiva. 9 de Agosto de 1996.

Ley provincial 9.073 de 2002. Deroga a la Ley 8535. 06 de Enero de 2003. CREACIÓN DEL "PROGRAMA DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD RESPONSABLES"

Ley provincial 9099 de 2003. Córdoba, 19 de Marzo de 2003. Boletín Oficial, 28 de Marzo de 2003 Individual. Modificatoria o Sin Eficacia de la Ley 9073.

Ley 23798 de 1990. Declárase de interés nacional a la lucha contra el S.I.D.A. 14 de Septiembre de 1990. D. O. No. 26972

Ley 25543 de 2002. Establece la obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana a toda mujer embarazada. 07 de Enero de 2020. D.O. No. 29812

Ley 25673 de 2002. Por la cual se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud. 21 de Noviembre de 2002. D.O. No. 30032.

Ley 25929 de 2004. Establece que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y postparto. 17 de Septiembre de 2004. D.O. No. 30489.

Ley 26130 de 2006. Establece que toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a la realización de las prácticas denominadas ligadura de trompas de falopio y ligaduras de conductos deferentes o vasectomía en los servicios de salud. 28 de Agosto de 2006. D.O. No. 30978.

Ley 26150 de 2006. Establece que todos los educandos tienen derecho a recibir Educación Sexual Integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la ciudad Autónoma de Buenos Aires. 23 de Octubre de 2006. D.O. No. 31017.

Ley 26485 de 2009. Establece la protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. 01 de Abril de 2009. D. O. No. 31632.

Ley 26529 de 2010. Establece los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. 19 de Noviembre de 2009. D.O. No. 31785.

Ley 26743 de 2012. Establece el derecho a la identidad de género de las personas. 23 de Mayo de 2012. D.O. No. 32404

Ley 26862 de 2013. Garantizar el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico - asistenciales de reproducción médicamente asistida. 25 de Junio de 2013. D.O. No. 32667.

Ley 27.610 de 2021. Regula el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto. Promulgación 14 de Enero de 2021. D.O. No. 34562.

Meneghetti, M., Musacchio, O., Wasylyk Fedyszark, M. y Leone, C (2017). *Consejerías en salud sexual y reproductiva*. Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina. Informe del Ministerio de Salud de la Nación. publicado Marzo, 2017.

Ministerio de Salud. (2010). Consejería de salud sexual y salud reproductiva- Propuesta de diseño, organización e implementación. Documento de trabajo. Buenos Aires. Septiembre, 2010.

Ministerio de Salud (2011). Políticas de salud sexual y salud reproductiva. Avances y desafíos Informe de Balance 2003-2011 es una publicación producida por el equipo del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Buenos Aires, septiembre de 2011. https://argentina.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2015-06_original-balances-syr%20%281%29.pdf

Ministerio de Salud. (2014). Consejería de salud sexual y salud reproductiva- Propuesta de diseño, organización e implementación. Documento de trabajo. Buenos Aires. Agosto de 2014.

Ministerio de Salud. (2015). Consejería de salud sexual y salud reproductiva- Propuesta de diseño, organización e implementación. Documento de trabajo. Buenos Aires Junio de 2015. <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento105.pdf>

Ministerio de Salud (2019)- Métodos anticonceptivos- guía práctica para profesionales de la salud. Actualización 2019. [Archivo PDF] <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-07/0000001777cnt-Guia-MAC-2019-para-web.pdf>

Molina, S. (2021). Artículo periodístico: Distribución nacional de misoprostol: "un avance" en las políticas para garantizar derechos. Telam. Artículo publicado el 05-02-2021. <https://www.telam.com.ar/notas/202102/543738-santa-fe-laboratorio-industrial-farmaceutico-distribucion-nacional-de-misoprostol-de-elaboracion-publica.html>

- Morán Faundes, J. (2012). El activismo católico conservador y los discursos científicos sobre sexualidad: cartografía de una ciencia heterosexual. *Revista Sociedad y religión*. N°37, Vol. XXII (2012) pp. 167-205. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-70812012000100006&lng=es&tlng=es
- Organización Mundial de la Salud, (1948)-<https://www.who.int/es>
- Pombo, G (2021) Perspectivas feministas interseccionales: pregnancies, cancelaciones y potencialidades articuladoras. *Revista "Debate Público. Reflexión de Trabajo Social - Artículos Centrales"*. año 11-N°22. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/debatepublico/article/view/7515/6329>
- Programa de Salud Reproductiva, Sexualidad y Planificación Familiar. [Archivo PDF].<http://www.auditoriamedicahoy.com.ar/biblioteca/Salud%20sexual%20y%20procreacion%20responsable%20Tufarelli.pdf>
- Protocolo Nacional de Interrupción Legal del Embarazo- <http://iah.salud.gob.ar/doc/433.pdf>
- Proyecto de Ley sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo
- Ramos, S. (1981). Las relaciones de parentesco y ayuda mutua en los sectores populares urbanos. Un estudio de caso. https://www.researchgate.net/publication/307601737_Las_relaciones_de_parentesco_y_ayuda_mutua_en_los_sectores_populares_urbanos_Un_estudio_de_caso
- Suárez, N y Cattaneo, V (2017)- Ley nacional de salud sexual y procreación responsable n° 25673 y decreto reglamentario 1282/2003. Ministerio de Salud de la Nación. Publicado en marzo del 2017.
- Sigüenza, C. (13 de Octubre de 2021). Hildegarda, la monja que habló del orgasmo femenino en la Edad Media. *Efeminista*. <https://efeminista.com/hildegarda-la-monja-que-hablo-del-orgasmo-femenino-en-la-edad-media/>
- S/N. (2020). El goce es salud. *La Tinta*. <https://latinta.com.ar/2020/05/el-goce-es-salud/>
- Socorristas en Red. (2021). *Quiénes somos*. <https://socorristasenred.org/quienes-somos/>

Suárez Tomé, D. (28 de febrero de 2019) El mar proceloso del feminismo: ¿En qué ola estamos? Ecofeminita. <https://ecofeminita.com/en-que-ola-estamos/>

Fuentes primarias:

Entrevista personal de salud, realizada personalmente el 04 de agosto de 2017.

Entrevista personal de salud, realizada por Google Meet el 17 de junio de 2021.

Entrevista personal de salud, realizada por Google Meet el 22 de julio de 2021.

Entrevista personal de salud, realizada por Google Meet el 26 de julio de 2021.

Entrevista personal de salud, realizada personalmente el 07 de septiembre de 2021.

Entrevista a referente territorial, realizada por Google Meet el 24 de enero de 2022.

Cuaderno de campo grupal, armado con el aporte de los cuadernos de campo de cada tesista.

Informe de los datos recogidos en la encuesta a 20 personas usuarias del Programa de Salud

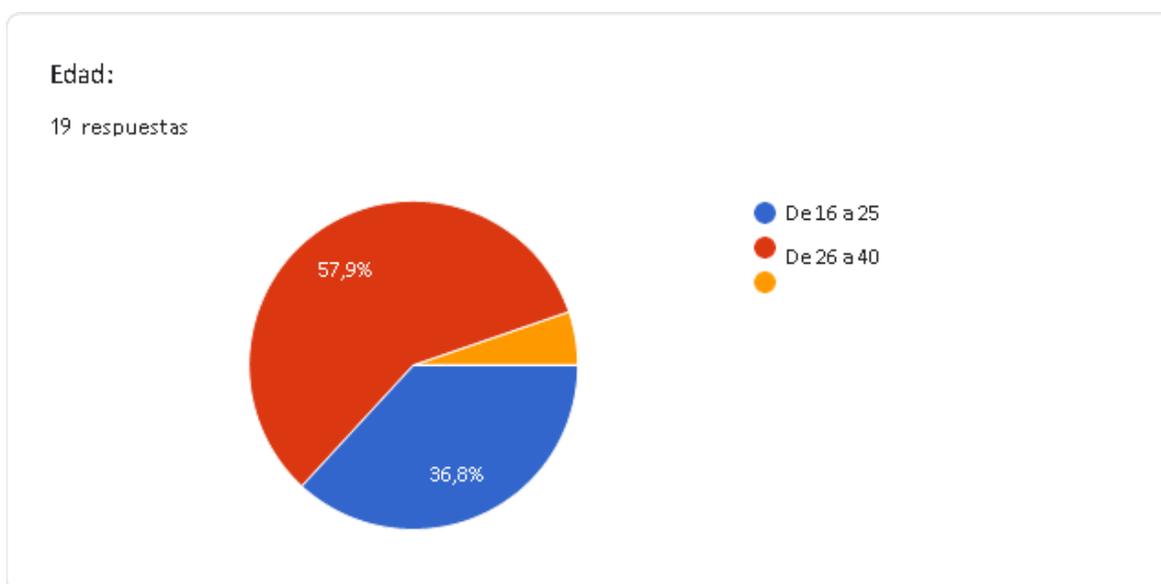
Sexual y Procreación Responsable del Centro de Salud N°57.

Anexo

Encuestas a usuaries del Programa de Salud Sexual y Procreación

Pregunta: ¿qué edad tenes?

De las 20 mujeres encuestadas en el Centro de Salud 57 del IPV de Argüello, 11 dicen pertenecer a la franja etaria entre 26 a 40 años, 7 de 16 a 25 años y una sola encuestada a más de 40 años. Se encuestó a todas las usuaries que asistían por diversas razones como: retiro de métodos anticonceptivos, retiro de cajas de leche o control de niño.

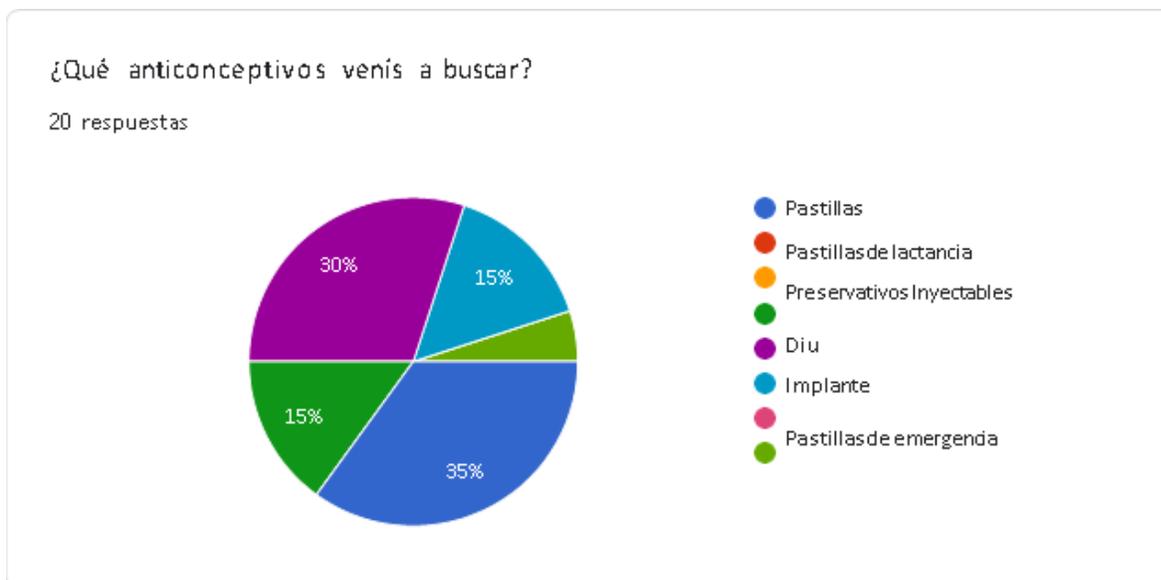


Las encuestas se realizaron desde mediados del mes de Septiembre de 2021 hasta mediados de Octubre de 2021. Las mismas tuvieron lugar en la entrada del Centro de Salud 57.

Métodos anticonceptivos:

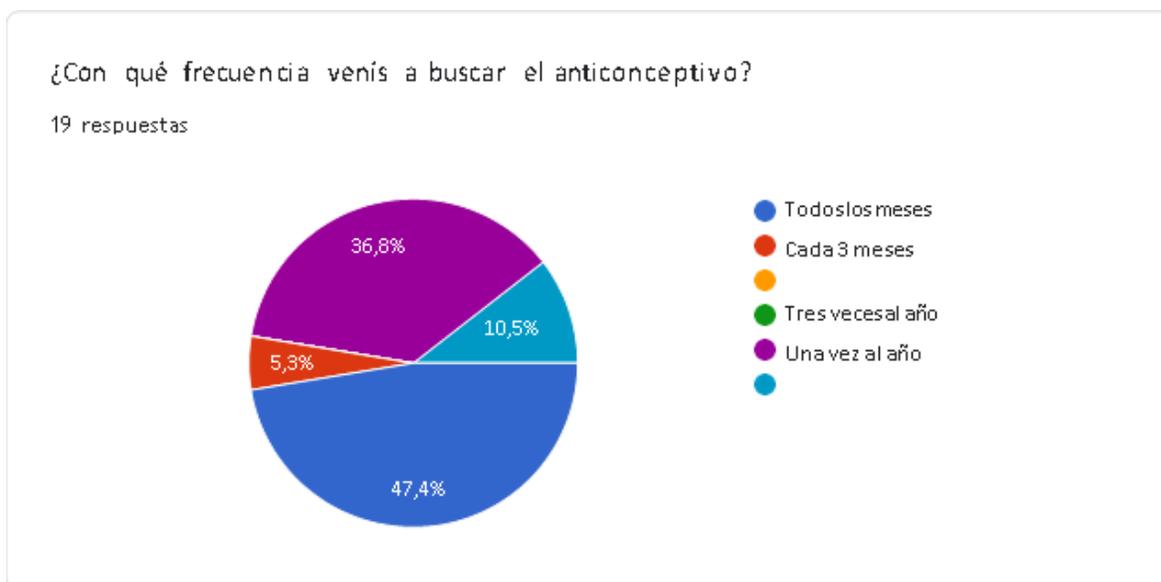
Pregunta: ¿qué anticonceptivo retiras del centro de salud?

Entre los anticonceptivos más buscados 7 de 20 usuaries buscan las pastillas, 6 tienen el diu, 3 inyectables y 3 de ellos implantes y una sola ligadura.



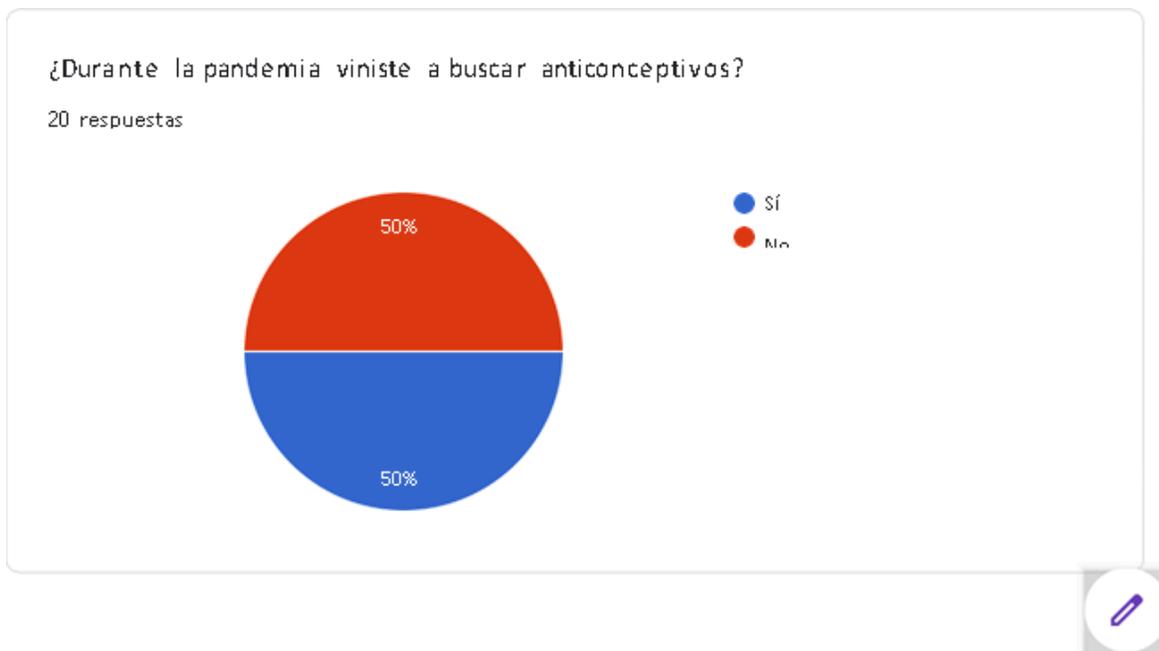
Pregunta: ¿con qué frecuencia retiras el método anticonceptivo?

Respecto a la frecuencia con la que retiran el método anticonceptivo; 9 asisten todos los meses, 7 una vez al año, 2 dejaron de asistir al centro de salud y un usuario cada 3 meses.



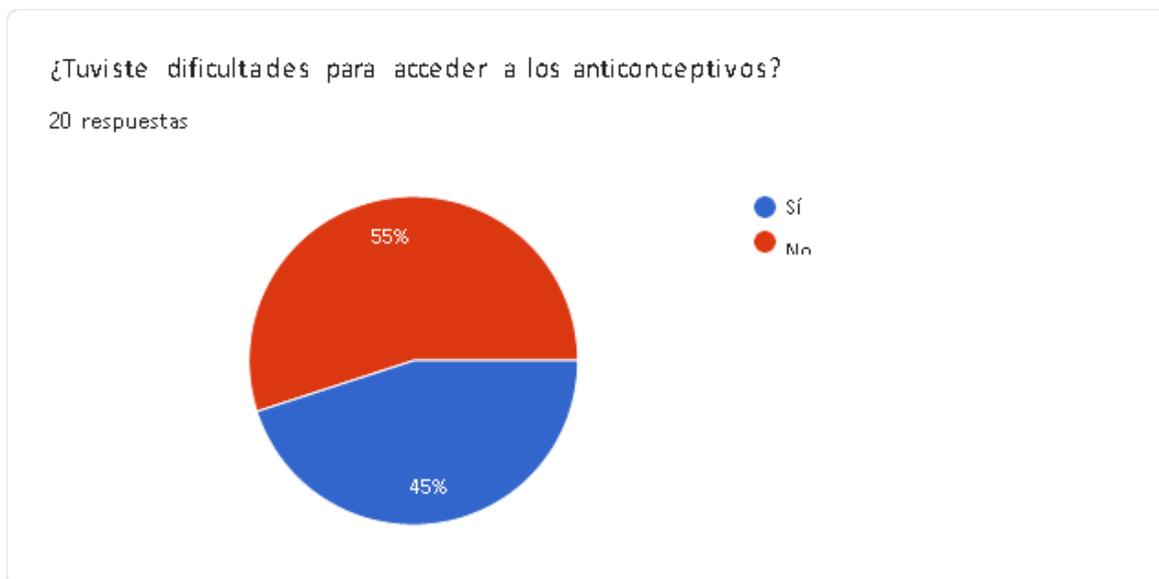
Pregunta: ¿durante el periodo de aislamiento por COVID19 retiraste MAC?

Durante el tiempo de pandemia 10 manifiestan haber asistido al centro de salud para el retiro de anticonceptivos y 10 de ellos no asistió.



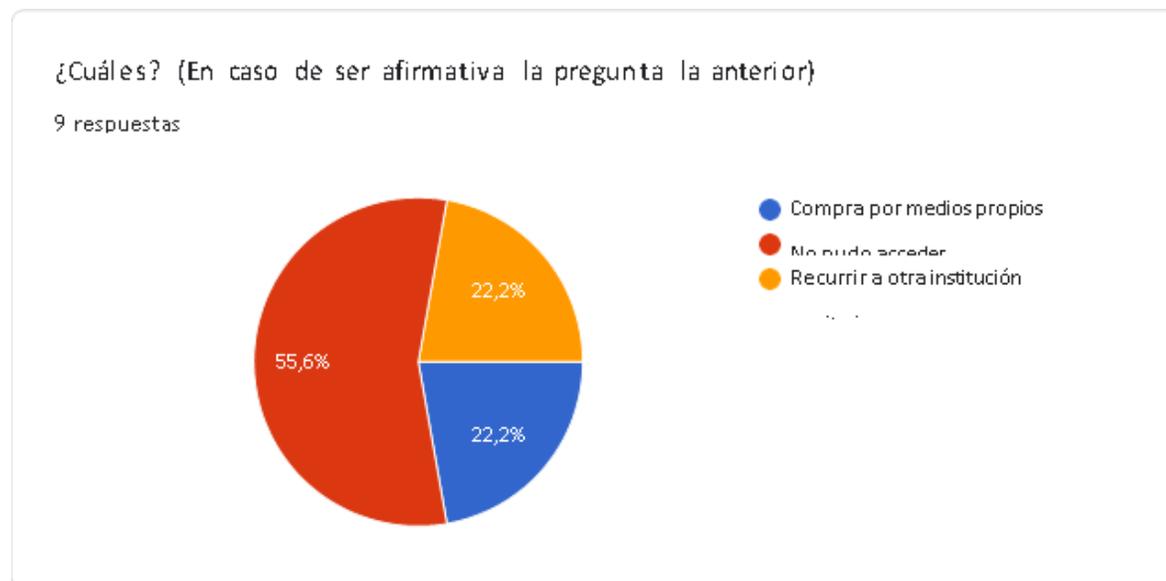
Pregunta: ¿tuviste dificultades para acceder a los MAC?

Con respecto a las dificultades presentadas en cuanto al acceso a los métodos anticonceptivos en el tiempo de aislamiento por COVID 19, 11 usuaries expresan no haber tenido dificultades para acceder a ellos, mientras que 9 usuaries manifiestan haber encontrado dificultades para su acceso.

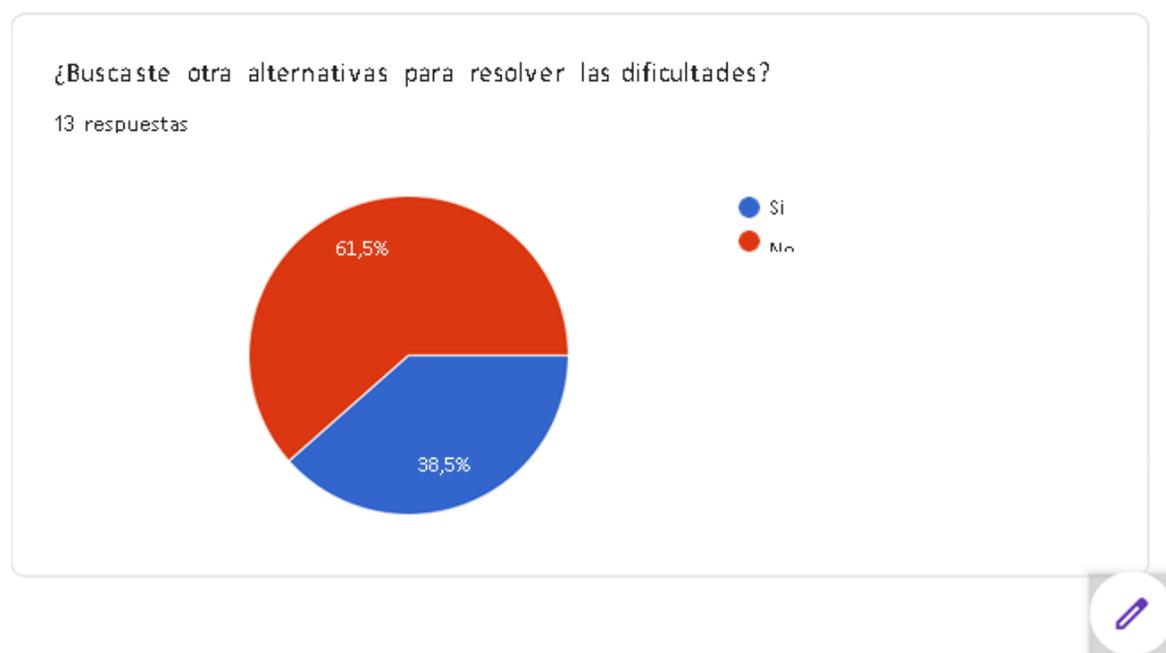


Pregunta: ¿cómo resolviste la dificultad en el acceso a los MAC?

A aquellos usuarios que presentaron dificultades, se le preguntó si pudieron resolver estas dificultades de otra manera. 5 de ellos no pudieron acceder a otro método, 2 de ellos asistieron a otra institución sanitaria y 2 lo compraron por medios propios.



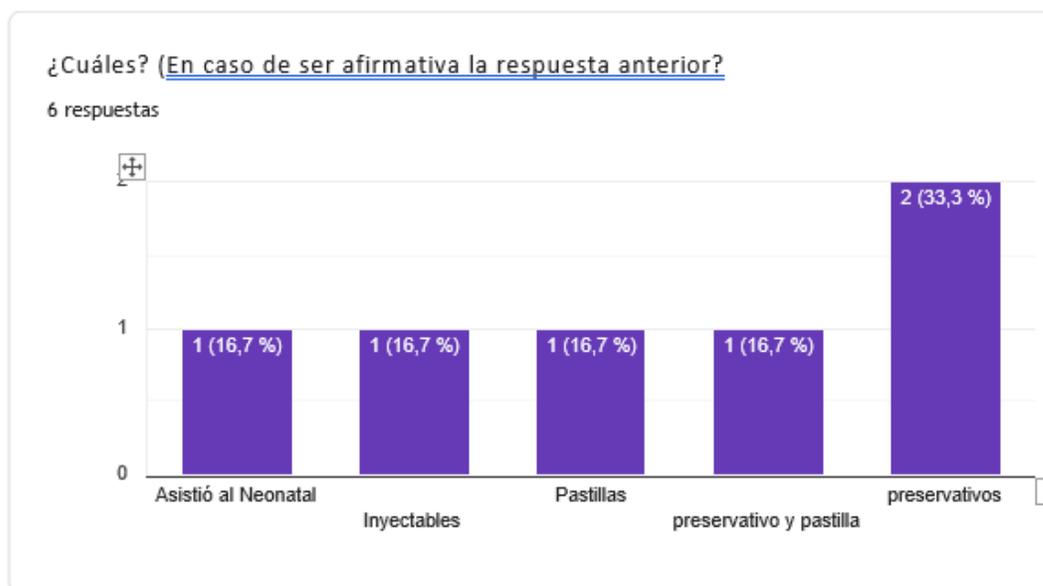
Sin embargo, de los 20 usuarios 8 no buscaron otras alternativas y 5 de ellos sí. El resto no nos contestó esta pregunta.

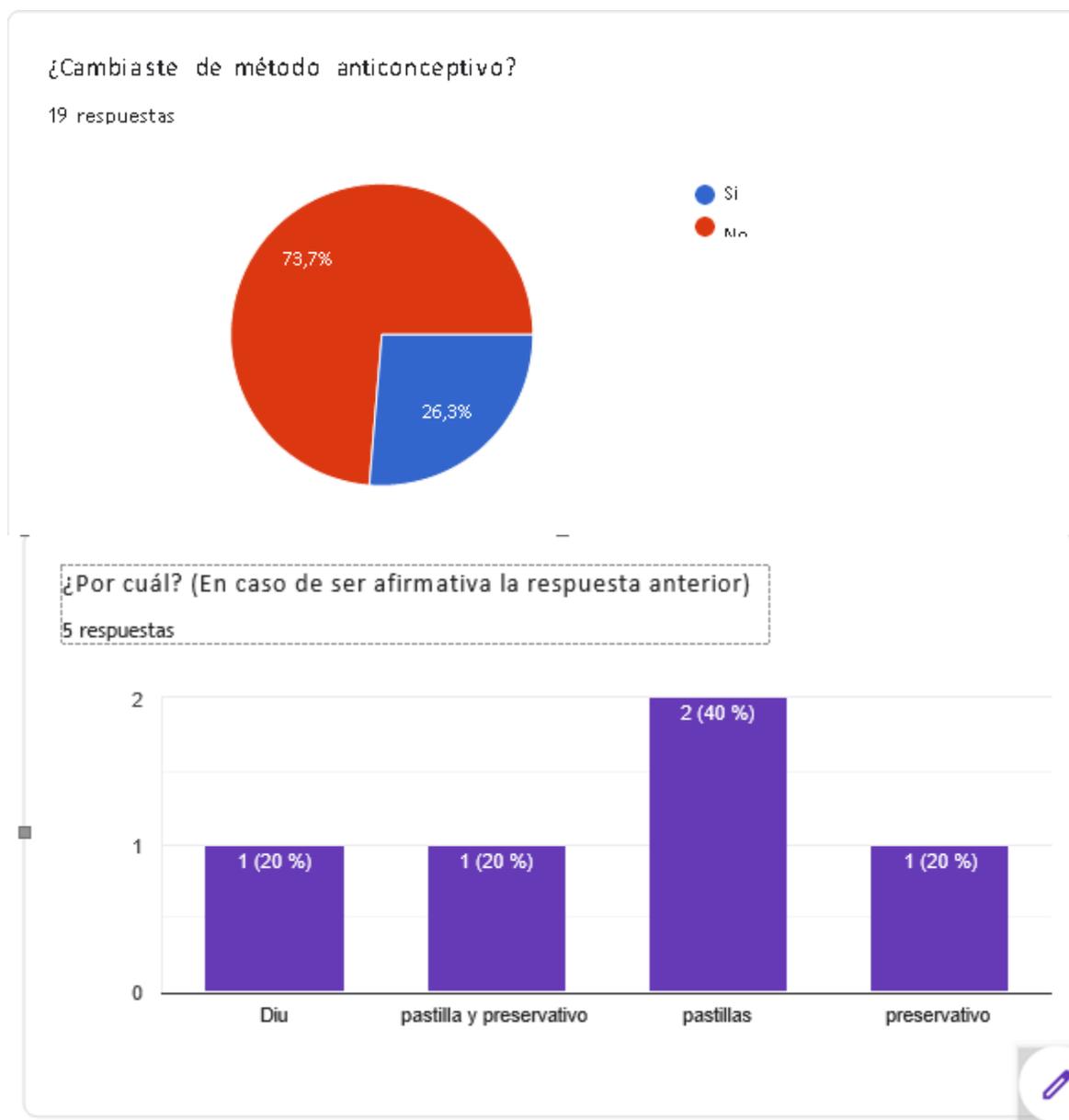


Pregunta: ¿tuviste que cambiar la forma de cuidarte de un embarazo?

De 8 usuaries que respondieron la pregunta anterior, solo 6 respondieron porque método cambiaron. Dos de ellos utilizaron preservativo.

15 usuaries del programa no cambiaron de método anticonceptivo y 5 sí. Entre esos 5 encontramos diu, pastillas y preservativos.



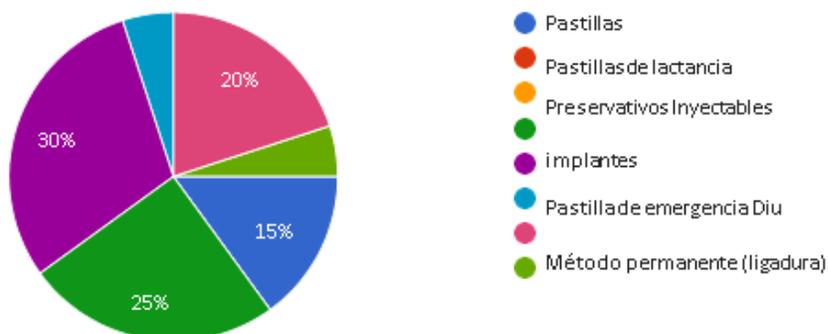


Pregunta: ¿antes de la pandemia que método utilizabas?

Los métodos utilizados antes de la pandemia eran: implantes con 6 usuaries, inyectables con 5 usuaries, diu 4 de ellos, pastillas 3 usuaries, una de ellos pastillas de emergencia y una tiene ligadura.

¿Qué método usabas antes de la pandemia?

20 respuestas



Preguntas:

¿Cuánto tiempo tenes que continuar con el método por el cual te cambiaste?

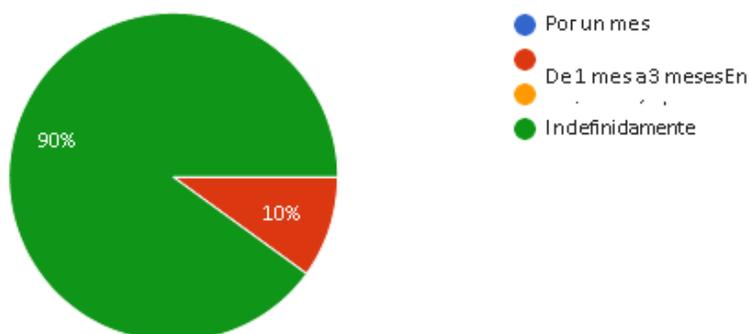
Indica tu nivel de satisfacción o insatisfacción con respecto al método por el cual cambiaste.

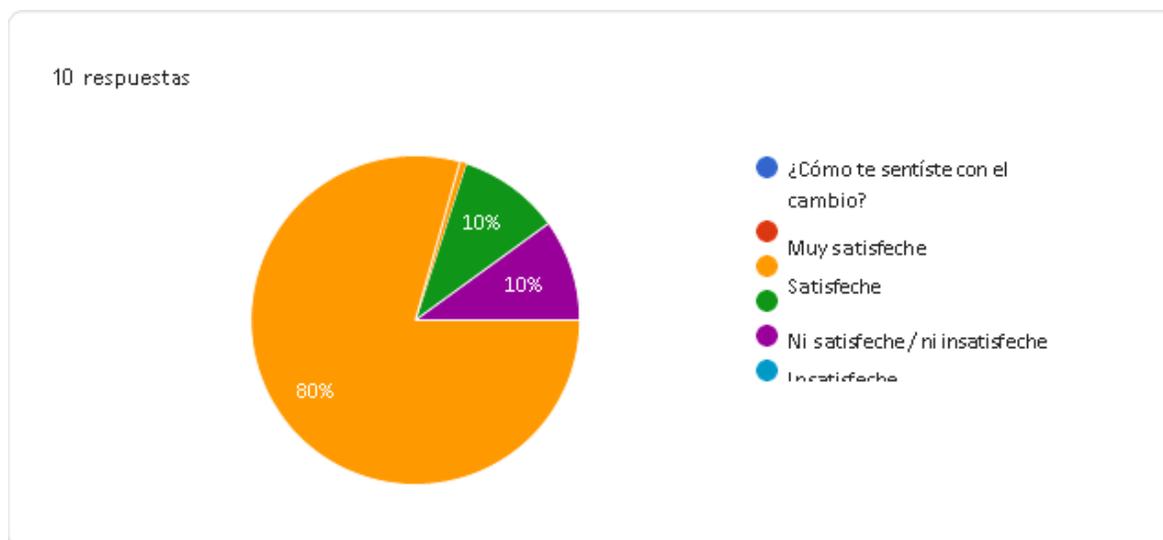
En relación al tiempo de cambio del método 9 manifiestan tiempo indefinido y 1 de 1 a 3 meses.

8 de 10 usuaries se sienten satisfeches con el cambio, 1 neutral y 1 insatisfeche.

¿Por cuánto tiempo te cambiaron el anticonceptivo?

10 respuestas



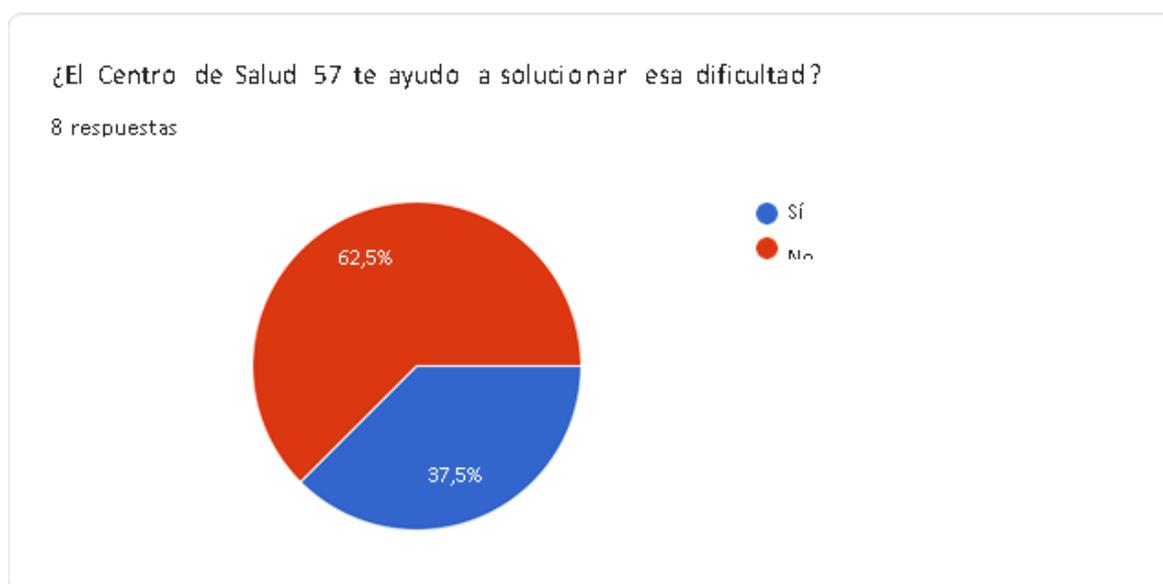


Los síntomas o sensaciones expresadas a esta manera de sentirse se relacionan con el cuerpo como aumento de peso, dolor de ovarios, o rechazo del método. En otros comentarios, relatan la facilidad del método permanente, no presenta cambios o se acostumbraron al método nuevo.

Centro de Salud:

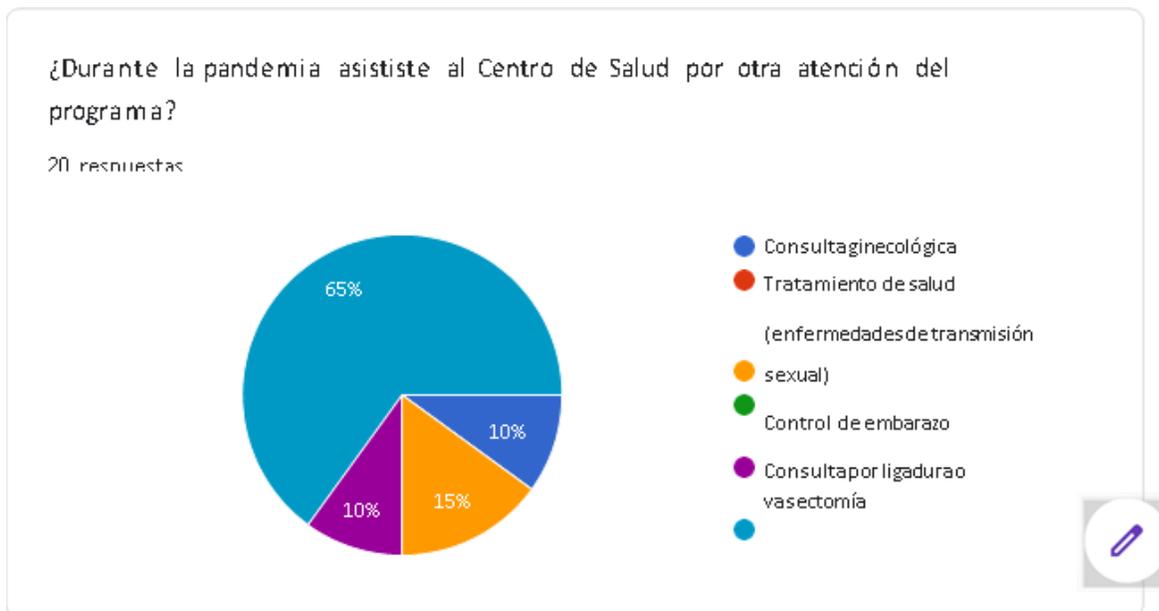
Pregunta: ¿el centro de salud te ayudo con la dificultad del acceso a los MAC?

A nivel institucional, 8 usuaries manifiestan que el centro de salud no les ayudo a resolver la dificultad de acceder a los métodos anticonceptivos y 3 de ellos sí.



Pregunta: ¿Durante la pandemia asististe al centro de salud por otra atención del programa?

En cuanto a la asistencia por otro tipo de atención al centro de salud, 13 de ellos manifiestan no haber asistido, 3 de ellos por control de embarazo, 2 a consultas ginecológicas y 2 por otros temas de salud.

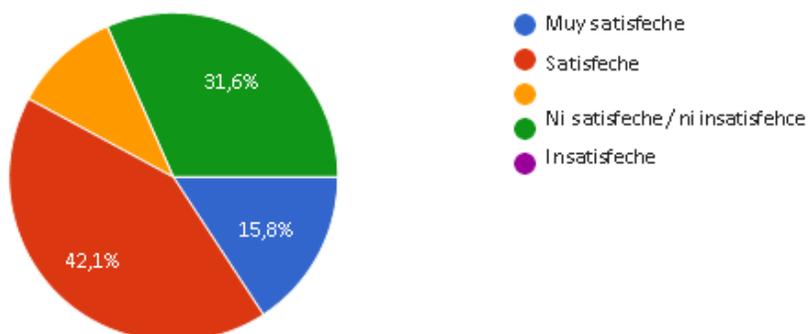


Pregunta: indica tu grado de satisfacción o insatisfacción con respecto al Centro de Salud N°57.

Por el lado de la atención del centro de salud, 8 comentan sentirse satisfechos, 6 insatisfechos, 3 de ellos muy satisfechos, 2 ni satisfechos ni insatisfechos y uno de ellos no responde.

¿Cómo te sentís con la atención del Centro de Salud 57?

19 respuestas

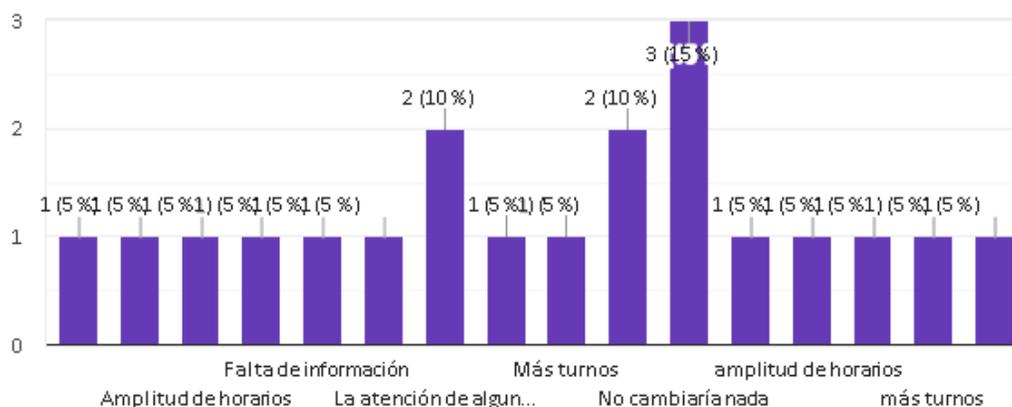


Pregunta: ¿qué cosas consideras que se podría cambiar o modificar del centro de salud?

En referencia a la pregunta que le cambiarían o modificarían al centro de salud, 10 de ellos mencionan la amplitud de turnos y horarios de atención, 6 no harían ningún cambio, 2 referencian a la información clara y sencilla de los profesionales a los sujetos, 2 a la atención de los profesionales y el trato hacia ellos, una alude a más medicación.

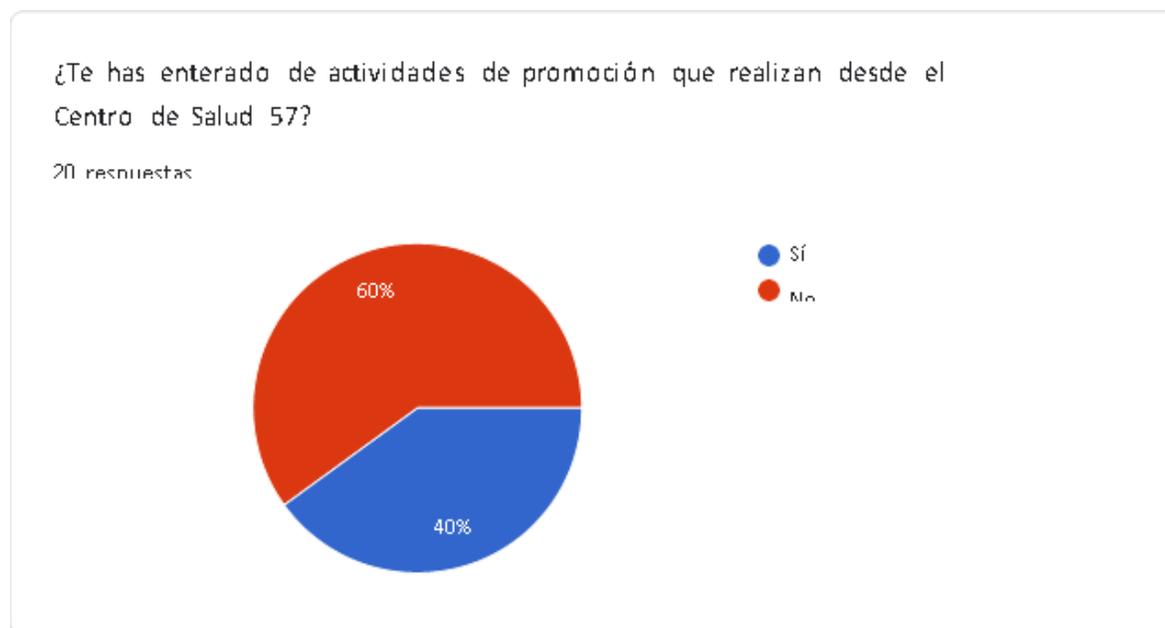
¿Qué cosas consideras que se podría cambiar o modificar del Centro de Salud 57?

20 respuestas



Pregunta: ¿Te has enterado de actividades de promoción que se realizan desde el centro de salud?

Con respecto a las actividades de promoción que se realizan desde el centro de salud, 12 usuaries mencionan no haberse enterado, mientras que 8 referencian que sí. Los medios por los que se conocen estas actividades son radio y carteles.



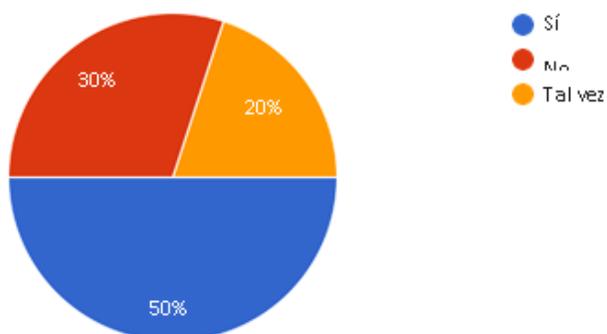
Información MAC y Ley IVE:

Pregunta: ¿crees que tenes información suficiente sobre los MAC? ¿Qué información te hace falta?

Respecto a la información que les usuaries tiene de los MAC, 10 dicen tener la información suficiente, 6 de ellos no y 4 tal vez. En cuanto a la información que ellos piensan que les hace falta, 7 referencian a ningún tipo de información, 6 de ellos a más información en general sobre métodos anticonceptivos, 1 sobre métodos de larga duración, 1 inyectables, 1 referencia que es información útil para jóvenes de 15 años y 1 de ellos para hombres.

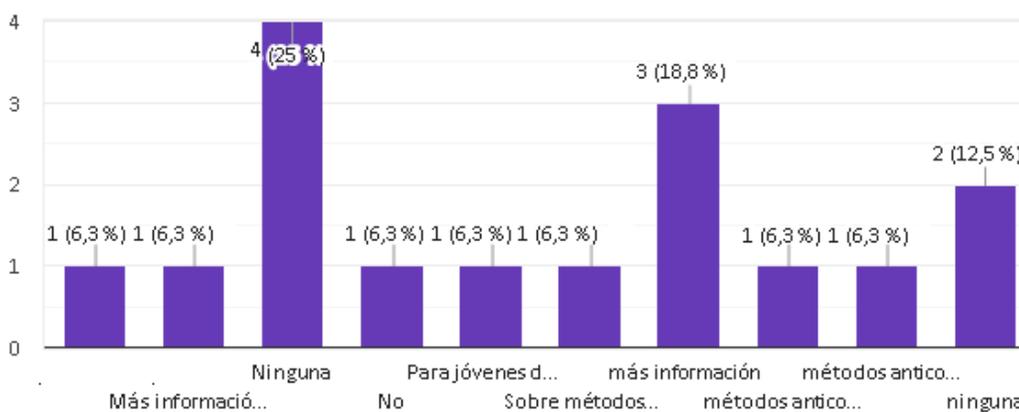
¿Crees que tienes información suficiente sobre los MAC?

20 respuestas



¿Qué información crees que te hace falta?

16 respuestas



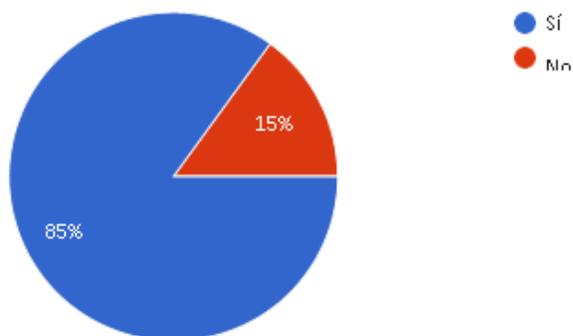
Pregunta: ¿Sabes que existe una ley para interrumpir un embarazo no deseado?

¿Te gustaría recibir información al respecto de la ley 27610?

Desde la pregunta de la ley de Interrupción voluntaria del embarazo, 17 usuaries comentan saber de la existencia de la ley y 3 no. Sin embargo, 12 manifiestan no querer recibir información sobre la ley, 5 sí y 3 tal vez.

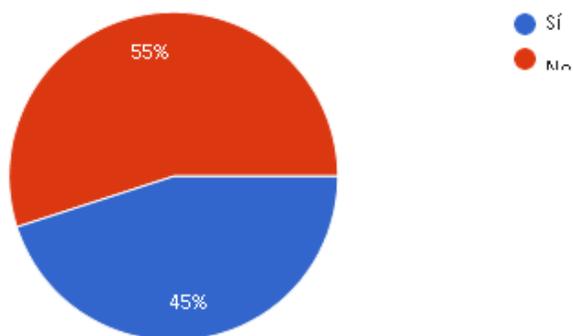
¿Sabías que existe la ley para la IVE?

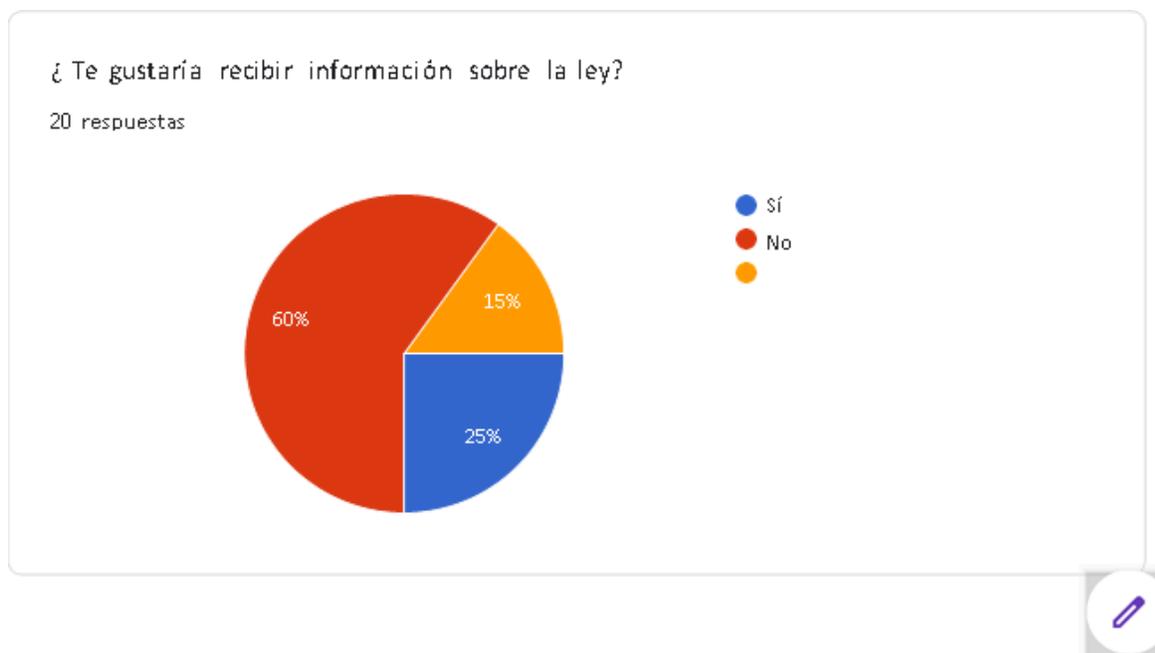
20 respuestas



¿Tenes información al respecto?

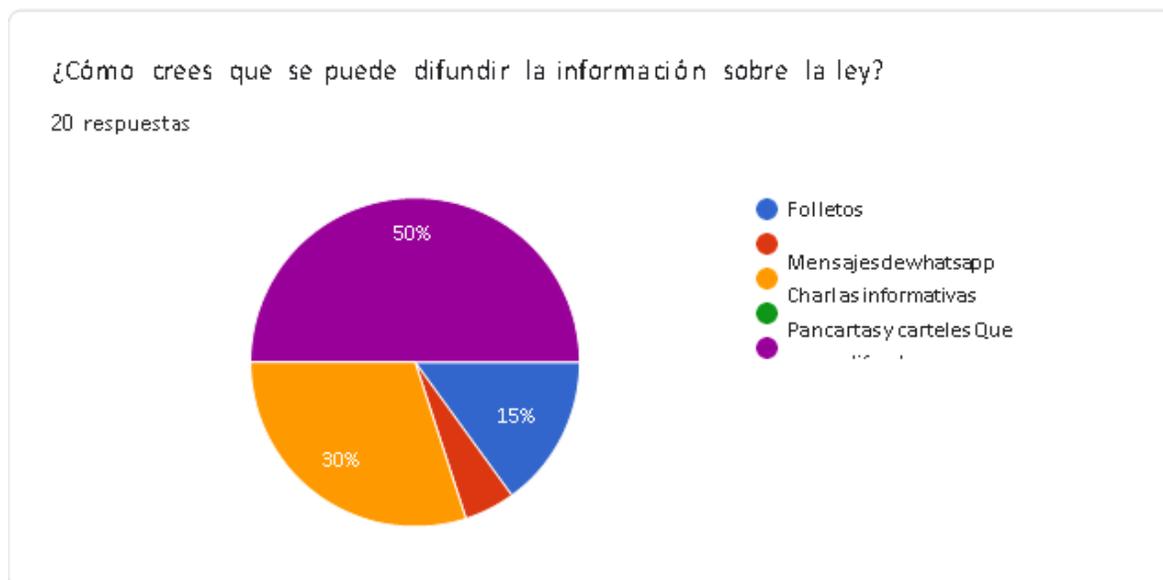
20 respuestas





Pregunta: ¿Cómo crees que se puede difundir la información sobre la ley?

Sobre los medios de difusión propuestos para la ley, 10 usuarios expresan que no se difunda por ningún medio, 6 mediante charlas informativas, 3 por medio de folletos y 1 por mensajes de WhatsApp.



FOTOS

Intervención Día de la Acción Global por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito



Stand Informativo sobre MAC y Bloque Pájaro Campana en Mujeres con todo al aire



Intervención Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres y Disidencias

