

Cuadernos V

*Género, feminismos y Trabajo Social
Interpelaciones actuales y urgentes*

Laura Riveiro - Compiladora

Documentos para el ejercicio
profesional del Trabajador Social

Colección Digital

CIS

Serie Cuadernos

Género, feminismos y Trabajo Social

Interpelaciones actuales y urgentes

Laura Riveiro
Compiladora

Cuadernos V

Género, feminismos y Trabajo Social. Interpelaciones actuales y urgentes

Comité editorial:

Marta Cimarosti, Laura Paradela, Valeria Redondi, Laura Riveiro y Andrea Oliva
(ICEP - Instituto de Capacitación y Estudios Profesionales)

Moleda Marcela Patricia

(Mesa Ejecutiva del Colegio de Trabajadores Sociales de la Pcia. de Bs. As)

Compiladora:

Laura Riveiro

Comite de evaluación:

Micaela Zucconi

Laura Riveiro

Laura Paradela

Género, feminismos y Trabajo Social : interpelaciones actuales y urgentes /
Deborah Ferreira ... [et al.] ; compilado por Riveiro Laura. - 1a ed. - La Plata:
Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, 2019.
Libro digital, PDF - (Documentos para el ejercicio profesional del Trabajo Social / Romero, María Sol; . Cuadernos ; 5)

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-4093-11-0

I. Trabajo Social. 2. Feminismo. I. Ferreira, Deborah II. Laura, Riveiro, comp.
CDD 305.4201

Está permitida la reproducción parcial o total de los contenidos de este libro con la mención de la fuente. Todos los derechos reservados.

Autoridades del Colegio de Trabajadores Sociales de la provincia de Buenos Aires

CONSEJO SUPERIOR

Mesa Ejecutiva:

Presidente: MARIA JOSE CANO
Vicepresidente: MANUEL WALDEMAR MALLARDI
Secretario: MARCELA PATRICIA MOLEDDA
Tesorero: MARIA DOLORES APRAIZ

Vocales Distrito Azul:

Titular: JULIA ANDREA MENDEZ
Suplente: ANDREA ANTONIA OLIVA

Vocales Distrito Bahía Blanca:

Titular: GUILLERMINA ELIZABETH ALANIZ
Suplente: LEANDRO JAVIER GAUNA

Vocales Distrito Dolores:

Titular: CLAUDIA MIRIAM CHIMINELLI
Suplente: -

Vocales Distrito Junín:

Titular: ROMINA ANDREA BORAGNO
Suplente: MARIA LIS PEDEMONTE

Vocales Distrito La Matanza:

Titular: ANDREA DEL VALLE MEDINA
Suplente: -

Vocales Distrito La Plata:

Titular: SILVIA VIRNA QUENTREQUEO
Suplente: VALERIA ANDREA REDONDI

Vocales Distrito Lomas de Zamora:

Titular: MARTA SUSANA MONTE
Suplente: MONICA EDITH ETCHEVERRY

Vocales Distrito Mar del Plata:

Titular: MIRIAM MABEL SICOLI
Suplente: ANDRE ESTEFANIA GISELE

Vocales Distrito Mercedes:

Titular: CAROLINA VICTORIA DI NAPOLI
Suplente: -

Vocales Distrito Moreno-General Rodríguez:

Titular: MARCELO ANIBAL ECHAZARRETA
Suplente: MARIANO EDUARDO COLOMBO

Vocales Distrito Morón:

Titular: JORGELINA ALEJANDRA CAMILETTI
Suplente: -

Vocales Distrito Necochea:

Titular: RUBEN CARLOS FERNANDO DEL MURO
Suplente: LILIAN MARCELA SAMMARONI

Vocales Distrito Pergamino:

Titular: MARÍA JESÚS RICARDO
Suplente: ROSANA ANDREA ALVAREZ

Vocales Distrito Quilmes:

Titular: SILVIA ACOSTA
Suplente: CLAUDIO PALAZZO

Vocales Distrito San Isidro:

Titular: SUSANA ESTHER RECIO
Suplente: LAURA INES CANEPA

Vocales Distrito San Martín:

Titular: CECILIA CRISTINA COHEN
Suplente: SILVIA ALEJANDRA COUDERC

Vocales Distrito San Nicolás:

Titular: MARIA EUGENIA PINI
Suplente: CARINA SILVIA CHAVES

Vocales Distrito Trenque Lauquen:

Titular: CAROLINA OUTON
Suplente: MARIA DÉBORA JUSTINO

Vocales Distrito Zárate-Campana:

Titular: MIGUEL NICOLAS LOPEZ
Suplente: ANALIA GABRIELA REYNOSO

TRIBUNAL DE DISCIPLINA

Vocales titulares:
Marisa Beatriz SPINA
María Carolina MAMBLONA
Estela Maris RODRIGUEZ VEDIA
Viviana Beatriz IBAÑEZ
Nicolas Rosario Gabriel FUSCA

Vocales Suplentes:
María Ines PIETRANGELI
Betina Luciana MATEOS

Índice

6 Prólogo

9 Presentación

1. REFLEXIONES Y ACCIONES POR EL DERECHO A DECIDIR SOBRE EL PROPIO CUERPO

14 Causal salud en situaciones de interrupción legal del embarazo. Abordaje e interpretaciones profesionales en el Hospital Posadas -
Deborah Sol Ferreira

34 Habitar las grietas de “La maternidad”. Reflexiones desde el Trabajo Social en un hospital público - Joaquín Busso

46 Socorriendo a la interrupción legal del embarazo. Una experiencia de un hospital de Río Negro - Luciano Lozano

2. EXPERIENCIAS DE ORGANIZACIÓN COLECTIVA: FEMINISMOS Y DISIDENCIAS SEXUALES

58 Existencias disidentes, construcciones diversas: una experiencia de organización colectiva - Laura Sampietro y Angela Zangara

70 Experiencia de la Colectiva Feminista de Chaves y su vinculación con el Trabajo Social - Sandra Valenzuela y Aynara Balbuena

3. VIOLENCIAS, DESIGUALDADES SOCIALES E INTERSECCIONALIDAD

92 Cuando ser mujer es ser objeto de y para otros - Natalia Santabaya

105 La promoción y prevención de la violencia de género como estrategia de intervención en el Municipio de Ituzaingó - Marta Lucía Rosendo

115 Género y reproducción social: perfil de salud/enfermedad de las mujeres de sectores populares - Florencia Sobral Stüber

Prólogo

Hace ya ocho años, desde el Colegio de Trabajadorxs Sociales de la Provincia de Buenos Aires presentamos la primera producción de la Colección *Debates en Trabajo Social* advirtiendo que, como colectivo profesional asistíamos a la fundación de un modo de crear espacios para la deliberación de ideas, cuya construcción nos involucraba a todxs. Diversas publicaciones se han realizado desde ese momento, en formato papel y digital, cuyo denominador común es la invitación a debatir y reflexionar, de manera rigurosa y fundamentada sobre el ejercicio profesional y garantizar la accesibilidad de los diferentes documentos de trabajo y materiales escritos, con la convicción de que resulta cada vez más importante generar mecanismos que permitan encontrarnos para pensar juntxs los procesos de intervención.

La puesta en práctica de las distintas modalidades de difusión de la producción del colectivo profesional vino acompañada por una mayor presencia del Colegio Profesional en las preocupaciones que atraviesan a lxs colegas en los distintos espacios de trabajo. Así, tanto la definición de líneas de capacitación y actualización profesional como los ejes abordados en los distintos documentos fueron definidos a partir de las necesidades concretas cotidianas, dando insumos para la reflexión, la crítica y la definición de estrategias de intervención orientadas a la garantía de derechos sociales históricamente conquistados.

Esta definición política supone un diálogo permanente con los procesos que nos atraviesan como sociedad, procurando sistematizarlos y procesarlos analíticamente. En este marco, la presente compilación adquiere significado en la coyuntura actual, donde asistimos a un proceso simultáneo de agudización de los mecanismos de opresión patriarcal y de resistencia por parte de mujeres, lesbianas, travestis y trans. El Trabajo Social no está ajeno a este proceso, en sus espacios laborales enfrenta las expresiones de esa opresión patriarcal sobre el cuerpo de mujeres, lesbianas, travestis y trans, como así también participa políticamente en espacios colectivos que procuran desterrar estos mecanismos.

Particularmente esta problemática se expresó en su mayor signo de gravedad en el año 2013 con el femicidio de nuestra colega Laura Iglesias, asesinada mientras desarrollaba sus tareas en el Patronato de Liberados Bonaerense. Como se ha manifestado en reiteradas ocasiones, su femicidio visibilizó públicamente las precarias condiciones laborales de lxs profesionales que se desempeñan cotidianamente en dicha institución, a la vez que constituyó un punto de inflexión para el colectivo profesional, impulsando la organización y ampliación de reivindicaciones laborales en distintos espacios sociolaborales.

En este marco, la elección de la fecha para el lanzamiento de esta nueva publicación no es casual: marzo es un mes históricamente feminista, es un mes que

conmemora todos aquellos movimientos de mujeres que pelearon y pelean por sus derechos y nos recuerda que la lucha feminista tiene una extensa trayectoria.

Ahora bien, esta publicación se enmarca en una política institucional orientada a visibilizar y analizar las implicancias de los mecanismos de opresión patriarcal en los procesos de intervención profesional, donde algunos ejes merecen mencionarse. En primer lugar, nuestra participación como organización profesional en el “Movimiento por el Derecho a la Salud”, denunciando que la mal denominada “Cobertura Universal de Salud”, solo es posible mediante la implementación de un conjunto de reformas que en realidad promueven el avance de su mercantilización, el recorte de derechos básicos, el desmantelamiento del sistema de salud y una profundización de las distintas formas de precarización laboral y salarial para lxs trabajadorxs del sector. Es por ello que, como forma de resistencia, invitamos y alentamos a que en cada Distrito y/o ciudad seamos partícipes de este movimiento popular social y sanitario de la Argentina, que lucha en defensa de la perspectiva de géneros, de la producción pública de medicamentos y los derechos contenidos en la ley de salud mental, el acceso a la salud sexual y reproductiva incluyendo la interrupción voluntaria del embarazo y la Educación Sexual Integral.

Consecuentes con esto, nos pronunciamos en el marco de la “Campaña por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito”, en tanto constituye una cuestión de Salud Pública y de Derechos Humanos, impulsando una *Carta Abierta de lxs Trabajadorxs Sociales*, pronunciamiento que alcanzó aproximadamente mil firmas que se sumaron a otras 68.000 del resto del país, presentadas por más 50 organizaciones colectivas desde que comenzó el debate en el Congreso Nacional en el 2018. En ese contexto, también estimulamos a discutir colectivamente de qué estábamos hablando en este tema que dividió aguas en la opinión pública y nos sumamos a levantar la consigna de “Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir” superando posiciones individuales para repensar qué teníamos que expresar como colegio profesional, manifestándonos respecto de uno de las funciones ineludibles del Estado en tanto garantes de la salud integral de todas las personas.

Por último por tercer año consecutivo volvemos a adherir al Paro Internacional de Mujeres que se desarrolla este 8 de Marzo en la Argentina y en el mundo, en el marco del Día Internacional de la Mujer, presentando una vez más la “Campaña #8M. Las Trabajadoras Sociales Páramos y Movilizamos!”, cuyas consignas nos convocan como colectivo profesional –integrado en su mayoría por mujeres–, a promover y profundizar debates en torno a ellas en nuestros lugares de trabajo, hogares y/o en la vía pública. Entendemos que debatiendo las consignas, consensuando y ampliando reclamos ante la avanzada del sistema heteropatriarcal y capitalista, como también organizarnos para parar y movilizar, asegurarán visibilizar este #8M, en unidad con los feminismos y movimientos de mujeres por nuestros derechos. Porque en unidad, páramos y movilizamos para rechazar y repudiar el acoso, las violaciones grupales, los lesbicidios, femicidios, transfemicidios y todas las formas de explotación y violencia ejercidas sobre mujeres, lesbianas, travestis y trans. Nos convocamos y convocamos a encontrarnos y así abrazar como propia, la lucha contra toda forma de explotación y opresión.

Entendemos que estos tres acontecimientos, en tanto parte de un mismo

proceso que nos antecede y seguramente nos precederá, no sólo nos definen como grupo político sino que nos alienta a continuar impulsando potenciar el debate sobre las implicancias para la intervención profesional con las diversidades sexuales, género, trata y explotación de personas, violencia contra las mujeres, interrupción legal del embarazo y derecho al aborto, alentando un diálogo abierto y plural que consolide una posición colectiva de lxs trabajadorxs sociales como profesionales que intervienen en situaciones críticas.

El Trabajo Social, en tanto constituye una profesión eminentemente “femenina”, muchas veces no escapa a la reproducción de similares tareas a las que desempeña la mujer en el ámbito doméstico, pero desde su inserción como profesión asalariada, por cuanto a la problematización de las condiciones laborales en las que se desarrolla el ejercicio profesional y las implicancias ético-políticas de la intervención, se suma la realización de una práctica reflexiva y cotidiana respecto de las vinculaciones entre el trabajo social y los atravesamientos de género.

Finalmente, y en línea con otras producciones anteriores que recuperaron prácticas profesionales que se enfrentan cotidianamente al neoliberalismo y al conservadurismo en un intento por revertir las múltiples injusticias sociales del capitalismo actual, socializamos esta nueva apuesta colectiva con la convicción de que reflexionar sobre género, feminismo y Trabajo Social, es una tarea actual y urgente.

La Plata, 8 de marzo de 2019

Mesa Ejecutiva del Colegio de Trabajadorxs Sociales

María José Cano – Presidenta

Manuel W. Mallardi – Vicepresidente

Marcela P. Moleda – Secretaria

Dolores Apraiz – Tesorera

Presentación

A Laura Iglesias,
Porque su femicidio, es nuestro femicidio
Y su compromiso militante nos da fuerzas en la lucha

La compilación de producciones de trabajadorxs sociales aquí presentes, se enmarca en la convocatoria “Género, feminismos y Trabajo Social. Interpelaciones actuales y urgentes”, de la Colección Documentos para el Ejercicio Profesional del Trabajo Social del Colegio de Trabajadores/as Sociales de la provincia de Buenos Aires. El objetivo de esta convocatoria tuvo por finalidad difundir artículos que reflexionaran y profundizaran en las relaciones de géneros y sexualidades desde la profesión.

Y como se sintetiza en su título, nos encontramos en un contexto donde este encuentro nos interpela cotidianamente y, muchas veces, lo hace desde la urgencia. Consideramos que nuestro ejercicio profesional sólo puede ser inscripto en su momento histórico y desde las condiciones sexo-genéricas y de clase social, razón por la cual atravesamos momentos de profundos contrastes.

Si por un lado las estadísticas de femicidios son tan brutales que estremecen diariamente ante cada mujer asesinada, por el hecho de “ser mujer”, por otro, la capacidad de movilización que hemos tenido en los últimos tiempos es, sin dudas, histórica y se transforma en una marea verde imparable. Que se haya instalado en la agenda pública la necesidad de la interrupción voluntaria del embarazo, es producto de las décadas que lleva el movimiento de mujeres y feminista en esta pelea, una de las más cruciales en la ampliación de nuestros derechos.

Al calor de las luchas históricas y presentes de los feminismos y disidencias sexuales es que se lograron las conquistas de derechos que tienen la perspectiva de género entre sus fundamentos. Desde este horizonte buscamos profundizar y difundir reflexiones que materialicen su encuentro con la profesión.

Esto lo venimos sosteniendo en nuestra propuesta de gestión institucional desde 2016, donde nos proponíamos, entre otras cosas, “*potenciar el debate sobre las implicancias para la intervención profesional de las diversidades sexuales, género, trata y explotación de personas, violencia contra las mujeres, masculinidad y patriarcado, interrupción legal del embarazo y derecho al aborto, para alentar un diálogo abierto, plural, que consolide una posición colectiva de lxs trabajadorxs sociales como operadores profesionales en intervenciones críticas*”.

Es en esta línea, que en los últimos tres años, hemos organizado desde el Instituto de Capacitación y Estudios Profesionales (ICEP) una serie de cursos, actividades y jornadas de capacitación y actualización profesional, en los distintos distritos de la provincia de Buenos Aires. Entre los más específicos sobre géneros, sexualidades y profesión, podemos mencionar: **“El derecho sobre el cuerpo. Procesos de intervención profesional, derechos sexuales y (no) reproductivos e interrupción legal del embarazo”**, **“Diversidades sexuales e historias de vida: una mirada desde el trabajo social”** y **“Abordaje de situaciones de violencia contra las mujeres desde el Trabajo Social”**.

Las articulaciones que podemos establecer entre géneros, sexualidades y Trabajo Social, pueden ser de lo más diversas y pensarse desde diferentes enfoques: la perspectiva de lxs actorxs, el análisis de las políticas sociales, las relaciones entre coyuntura-estructura, por nombrar sólo algunas.

Los artículos que a continuación difundimos son expresión de las tensiones, estados de situación, avances y disputas que hay en los territorios donde el ejercicio profesional se materializa a diario. Los mismos se organizan en tres partes, retomando los ejes planteados en la convocatoria.

La primera parte la denominamos *“Reflexiones y acciones por el derecho a decidir sobre el propio cuerpo”* y contiene tres artículos que evidencian la intervención cotidiana del Trabajo Social en el área de salud y sus implicancias ético-políticas. Los trabajos que aquí se compilan abordan la temática de la interrupción legal del embarazo (ILE) y lo hacen tanto en el plano de la intervención profesional como en el análisis de las políticas de salud, que se implementan en instituciones hospitalarias.

El artículo de Deborah Ferreira se basa en una investigación desarrollada en el Hospital Posadas de la provincia de Buenos Aires, desde la Residencia de Trabajo Social. La perspectiva que fundamenta dicha investigación, se inscribe en la concepción de salud integral y entiende las situaciones de ILE dentro de los marcos normativos vigentes. Un aporte fundamental del artículo es la develación de los conocimientos, prácticas e interpretaciones de diferentes profesionales de la salud de dicho hospital, en torno a los posibles factores y/o barreras que influyen en el acceso a una ILE.

El segundo artículo es el de Joaquín Busso, quien realiza una contribución para pensar los procesos de intervención profesional, en la defensa de los derechos de la Salud Sexual Integral y el acceso a los métodos anticonceptivos, en el marco de la salud pública. El autor problematiza su experiencia profesional a partir de su inserción en la Residencia de Trabajo Social, en la cual señala los obstáculos y limitaciones que se presentan, así como los lineamientos ético-políticos para una intervención anclada en la perspectiva crítica.

El último artículo que cierra esta primera parte, es el de Luciano Lozano quien analiza las tensiones de la realización de una ILE, a partir de una situación singular. La intervención profesional que relata se inscribe desde un efector de salud pública de la provincia de Río Negro, desde la cual también narra la articulación con colectivas feministas.

La segunda parte de la compilación está dedicada a *“Experiencias de organiza-*

ción colectiva: feminismos y disidencias sexuales”. Aquí se presentan dos artículos que tienen en común la apuesta profesional por la construcción de espacios de organización colectivos, siendo de destacar que ambas experiencias son de ciudades del interior de la provincia de Buenos Aires.

El artículo de Laura Sampietro y Angela Zangara reconstruye el trabajo de lxs profesionales del Consultorio Amigable Chivilcoy (CACH) y, a su vez, la organización del colectivo LGBTQ+¹ de dicha ciudad y alrededores. La perspectiva del CACH se enmarca en la salud integral y la ampliación de derechos para el colectivo de disidencias sexuales.

En la producción de Sandra Valenzuela y Aynara Balbuena se recupera la experiencia militante de la Colectiva Feminista de Chaves y sus reflexiones teórico-políticas sobre los procesos en los que el patriarcado se manifiesta en la vida cotidiana. El mismo es un aporte significativo para repensar la lucha contra las opresiones del patriarcado y el capitalismo sobre las cuerpos de las mujeres e identidades disidentes.

La tercera parte de esta compilación contiene escritos en torno a las “*Violencias, desigualdades sociales e interseccionalidad*”, donde desde diferentes miradas se analizan la opresión sexual hacia las mujeres y cómo otras desigualdades sociales, contribuyen para reforzarla. Desde este escenario se piensan y escriben las producciones de esta última sección.

Natalia Santabaya analiza, a partir de su intervención profesional en el ámbito sanitario público, la situación de una joven atravesada por múltiples formas de violencias y cómo las mismas son abordadas por el estado, la iglesia y la sociedad civil. Su producción busca visibilizar la historia de un entramado de vulneraciones, violencias y desidia estatal.

El artículo de Marta Rosendo aborda una temática central en los procesos de intervención profesional, como es la promoción y prevención en políticas de género. La autora realiza el análisis desde la coordinación del equipo profesional del Consejo de Mujeres de Ituzaingó por la Igualdad de Género. Su producción recupera el proceso de intervención profesional, condiciones de trabajo y análisis de las políticas sociales en las que lxs profesionalxs desarrolla cotidianamente su ejercicio, desde la gestión del municipal.

Para finalizar, presentamos el artículo de Florencia Sobral Stüber con un avance de su trabajo final de grado donde analiza, a partir de entrevistas, el papel social que les es atribuido a las mujeres como garantes de la reproducción cotidiana, a través de las tareas domésticas y de cuidado. En este sentido, se realiza una reconstrucción analítica sobre las dimensiones del proceso salud/enfermedad/ atención, donde las mujeres dan respuesta a las necesidades de salud propias y de la unidad doméstica que integran.

Para concluir esta presentación, queremos agradecer especialmente a Micaela Zucconi por sumarse al equipo de evaluación del Comité Académico. Y por supuesto, a todxs lxs colegas que participaron de la convocatoria compartiendo con nosotrxs sus producciones. Por otro lado, queremos invitar a todxs a que se sigan animando a poner por escrito sus intervenciones y reflexiones. Las mismas son un

¹ Colectivx lésbico, gay, trans, bisexual, intersex, queer y otrxs.

gran aporte para aproximarnos a la complejidad de la realidad y repensar el ejercicio profesional como colectivo.

Por último, en el marco de un nuevo paro internacional de mujeres, volvemos a denunciar la precarización laboral, los ajustes económicos que pagamos con nuestrxs cuerpxs y la desigualdad en la división social y sexual del trabajo, que como trabajadorxs sociales vivimos y vemos en nuestro cotidiano. Por todo esto, es que queremos invitarlxs a todxs a seguir construyendo una sociedad sin explotación de clase ni opresión sexual.

ICEP-CATSPBA

8M, 2019

Parte 1.

Reflexiones y acciones por el derecho a decidir sobre el propio cuerpo

- 13** Causal salud en situaciones de interrupción legal del embarazo. Abordaje e interpretaciones profesionales en el Hospital Posadas
- Deborah Sol Ferreira
- 34** Habitar las grietas de “La maternidad”. Reflexiones desde el Trabajo Social en un hospital público - Joaquín Busso
- 46** Socorriendo a la interrupción legal del embarazo. Una experiencia de un hospital de Río Negro - Luciano Lozano

Causal salud en situaciones de ILE

Abordaje e interpretaciones profesionales en el Hospital Posadas

Deborah Sol Ferreira¹

Resumen

El artículo presenta los resultados de una investigación realizada en el Hospital Posadas, que explora cómo se configuran las prácticas profesionales relacionadas a Interrupciones Legales del Embarazo. Se indagan los conocimientos, interpretaciones, abordajes y obstáculos que identifican los/as profesionales, a modo de conocer el estado de situación hospitalaria y posibilitar vías de acción que garanticen el acceso a la práctica.

Palabras Claves

Interrupción legal del embarazo - Salud integral - Prácticas profesionales en el campo de la salud.

Introducción ^{2*}

Adscribir a una concepción de salud integral significa considerar el bienestar físico, psico-emocional y social, y no solamente la ausencia de enfermedades

¹ Licenciada en Trabajo Social. Jefa de Residentes de Trabajo Social del Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, El Palomar, Buenos Aires - deborahferreira@hotmail.com

² El trabajo de investigación realizado es el resultado del Proyecto de Investigación presentado en el marco del IMI - Introducción a la Metodología de la Investigación, que realizan todas las especialidades de Residencias del Hospital, el cual fue aprobado para su realización en 2017, por el Comité de Bioética “Dr. Vicente Federico de Giúdice” del Hospital Posadas. La primera presentación se realizó en mayo 2018, al finalizar la investigación. Esta edición toma la actualización realizada luego del debate sobre el proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo que tomó estado parlamentario en nuestro país desde marzo a agosto de 2018. En noviembre de 2018, la investigación recibió el Premio Junior “Dr. Horacio Repetto” en el marco de las “III Jornadas Hospitalarias 2018”, organizadas por la Coord. de Docencia e Investigación del Hospital Posadas.

* Nota aclaratoria: al hacer referencia al acceso a una interrupción legal del embarazo, se considera a mujeres, niñas, adolescentes y toda persona con capacidad de gestar, sin distinción de su identidad sexo-genérica, orientación sexual y/o prácticas sexuales.

o afecciones. Las situaciones de Interrupción Legal del Embarazo (ILE), exigen evaluar con criterios amplios las causales que estipula el marco jurídico vigente de nuestro país, en tanto el no acceso a la interrupción de un embarazo no planificado/deseado o la continuación forzada del mismo, puede tener graves implicancias sobre el cuerpo de la persona gestante, su subjetividad y su contexto social, afectar su salud en sentido integral, y exponerla a los riesgos de recurrir a una práctica clandestina e insegura.

El trabajo de investigación realizado aborda la temática de ILE desde el plano sanitario, legal y ético-profesional, entendiendo que el aborto es una práctica clandestina en nuestro país cuando los efectores de salud no brindan respuestas a personas con derecho a interrumpir una gesta, a pesar del marco legal vigente, provocando muertes y morbilidades que se convierten en responsabilidad social y financiera del sistema de salud pública (OMS, 2012). El hecho de que las complicaciones derivadas de los abortos inseguros sean la primera causa individual de muerte materna en Argentina desde 1980 (REDAAS, 2018), constituye un grave problema de salud pública³. Se estima que anualmente se producen entre 335.000 y 500.000 abortos, mientras que en el mismo período se registran 700.000 nacidos vivos, representando una relación de un aborto por cada 2,1 o 1,4 nacidos vivos (Dosso, 2013).

Actualmente, la regulación del aborto en nuestro país es de legalidad restringida, bajo el modelo de causales (salud - violación), pero las dificultades para su aplicación persisten a nivel nacional, a pesar de contar con un fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN, 2012), guías (MSAL, 2010) y protocolos (MSAL, 2015) que regularizan la atención a personas con capacidad de gestar, en situación de ILE.

En los efectores de Salud, las barreras de acceso a la práctica de ILE no sólo se generan por contar con protocolos restrictivos, sino que también se presentan dificultades a la hora de interpretar las causales que permiten interrumpir una gesta, limitando o hasta prohibiendo su acceso. La barrera en el acceso a la causal salud se contempla más en una cuestión de implementación que de formulación de protocolos, dado que la barrera o el factor habilitante va a depender de la definición normativa de aquellos/as profesionales autorizados para certificar la existencia de las causales y realizar el procedimiento de ILE.

El Hospital Nacional Prof. A. Posadas figura como “*el efector de salud dependiente del Ministerio de Salud Nacional que cuenta con la infraestructura necesaria y servicios profesionales requeridos para la realización de ANP*” (ADC, 2015: 29), pero en sus estadísticas anuales, no figuran datos de la cantidad de Abortos No Punibles (ANP) solicitados y/o practicados⁴, lo cual se presenta como una

³ Según el Ministerio de Salud de la Nación en Argentina, desde 1998, el 60% de las muertes maternas se deben a causas obstétricas directas, pero el embarazo terminado en aborto es la principal causa individual de mortalidad. Las causas obstétricas directas son las que resultan de complicaciones obstétricas del estado de gestación (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o por ejemplo, de infecciones producto de abortos practicados en condiciones inseguras. Las causas obstétricas indirectas son las que resultan de una enfermedad existente previa al embarazo o de una que evoluciona durante el mismo. Al subdividir las causas de mortalidad materna en causas obstétricas directas o indirectas, se realiza un análisis por grupo de causas pero, si se analizan las muertes maternas por causa la muerte materna por embarazo terminado en aborto es la que concentra la mayor cantidad de casos (MSAL, 2011).

⁴ En los datos estadísticos de 2017, del Dpto. de Estadística del Hospital Posadas (Memoria, 2017) sólo figura el indicador “embarazo terminado en aborto” como “causas de morbilidad principal y concurrente”, por “embarazo, parto y puerperio”, en internadas menores (4 de 50

dificultad a la hora de optimizar el trabajo de los equipos de salud y proponer protocolos de actuación y dispositivos de atención.

En este sentido, la investigación realizada tuvo como objetivo central explorar y describir los conocimientos, prácticas e interpretaciones de profesionales de los servicios de Ginecología, Obstetricia, Psicología y Trabajo Social del Hospital Posadas acerca de la causal salud, en situaciones de ILE atendidas durante el año 2017. Se indagaron los modos de abordaje de situaciones de ILE y los obstáculos que se perciben en la práctica, a modo de estado de situación hospitalaria, con el fin de formular posibles acciones al interior del hospital, que permitan garantizar, de modo efectivo, el derecho al acceso a una ILE.

Marco Teórico - Conceptos centrales

Diferentes poderes institucionales, políticos y religiosos han operado históricamente sobre los cuerpos de las mujeres, instrumentalizándolos con fines culturales, políticos y económicos, arraigados en tradiciones patriarcales, heteronormativas y múltiples formas de control social y político. Dentro y fuera del sector de la salud, se perpetúan tabúes y estigmas relacionados con el cuerpo de la mujer y sus funciones tradicionales en la sociedad, especialmente en lo que respecta a su sexualidad y a la reproducción (ONU, 2016), manteniendo relaciones de poder y subordinación entre los géneros, estableciendo jerarquías y produciendo diferentes tipos y modalidades de violencias.

Las prácticas socio-sanitarias de quienes se desempeñan en servicios de salud, deben entenderse dentro del sistema fármaco-médico hegemónico que prevalece en el campo de la salud. Campo que, como noción conceptual de Bourdieu, es un espacio de fuerzas potenciales y activas, un campo de luchas tendientes a preservar o transformar la configuración de dichas fuerzas y que además, como estructura de relaciones objetivas entre posiciones de fuerza, guía las estrategias mediante las cuales los ocupantes de dichas posiciones buscan, individual o colectivamente, salvaguardar o mejorar su posición e imponer los principios de jerarquización más favorables para sus propios intereses (Bourdieu y Wacquant, 2005).

En efecto, es desde las creencias, subjetividades, posiciones de poder e intereses de profesionales de la salud, que se pone en tensión la autonomía de las mujeres y personas con capacidad de gestar, pudiendo verse afectados o invisibilizados sus deseos, sus cuerpos y principalmente, sus derechos.

La inclusión de la perspectiva de género⁵ en el campo de la salud, permite evidenciar al género como un determinante/condicionante de la salud, en tanto régimen político vertebrador de relaciones de poder. Y a su vez, se puede concebir como intento de subvertir la mirada positivista del enfoque biomé-

causas) y mayores de catorce años (315 de 6938 causas). En "causas de mortalidad", tanto en mayores como en menores de catorce años, no figuran indicadores que contemplen causas relacionadas a "embarazo terminado en aborto".

5 Se entiende a la perspectiva de género como una categoría analítica que toma los estudios destinados al análisis de las construcciones socioculturales y formas de interrelaciones propias de varones y mujeres en cada contexto social. Pretende desnaturalizar, desde el punto de vista teórico, las representaciones sociales, prejuicios y estereotipos de género existentes, develando esquemas sexistas y posiciones de subordinación y desigualdad de las mujeres en relación a los varones, mostrando que el carácter jerárquico atribuido a la relación entre los géneros y la heterosexualidad obligatoria son construcciones sociales.

co de la salud, y como forma de asignar nuevos sentidos en relación a las perspectivas que se consideran legítimas en la atención sanitaria (Pombo, 2012).

El derecho al acceso a la salud, como vínculo que se construye entre la población y los servicios sanitarios, permite considerar no sólo las condiciones, características organizacionales y simbólicas de los servicios de salud, sino también, las condiciones y representaciones de los sujetos y el modo en que utilizan dichos servicios. *“Pensar la accesibilidad como un problema de encuentro/desencuentro entre la población y los servicios de salud, hace ineludible incluir en las estrategias que se establezcan para facilitar el acceso, las prácticas de vida y salud de la población”* (Stolkiner, 2008:264).

En tanto dificultades que persisten en el sistema de salud de nuestro país al momento de acceder a una ILE bajo el modelo de causales, se identifican puntos que no favorecen a una interpretación integral de la causal salud. Esta cuestión no debería estar basada exclusivamente en la definición de salud integral de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sino en las definiciones jurídicas fijadas por los tratados internacionales de derechos humanos, y las resoluciones y dictámenes de sus órganos de monitoreo, que son materiales legales obligatorios para los sistemas jurídicos de la región latinoamericana (Ramón Michel et al, 2013).

Normativa Vigente

En Argentina, toda persona con capacidad de gestar tiene derecho a solicitar una interrupción legal del embarazo que cursa cuando: el embarazo representa un **peligro para la vida** y éste peligro no pueda ser evitado por otros medios; cuando el embarazo representa un **peligro para la salud** y éste peligro no pueda ser evitado por otros medios; si el embarazo proviene de una **violación**; y/o si el embarazo proviene de una **violación sobre una persona con discapacidad intelectual o mental** (MSAL, 2015).

Sin bien el Código Penal Argentino, desde 1921, despenaliza el aborto en su Art. 86, según causales, pasaron más de 80 años hasta los primeros pronunciamientos de tribunales frente a casos donde se cuestionaba el acceso a interrumpir una gesta. Estas judicializaciones se originaron ante situaciones de peligro de salud física de la mujer (2000-2005) y de ANP por violación (2006-2012), llegando incluso en una oportunidad a instancias internacionales por la cual Argentina fue penada (Gebruers C. y Gherardi N., 2015; ELA, 2010; Cartabia, 2014).

En marzo de 2012, el fallo del caso “F.A.L.” de la Corte Suprema de Justicia de la Nación marcó un punto de inflexión en la temática, reconociendo el derecho de las personas con capacidad de gestar a acceder a ANP. Se abordó la problemática de la inaccesibilidad del aborto desde una perspectiva comprensiva de derechos humanos, exhortando al Estado Nacional y a las jurisdicciones provinciales a que sancionen protocolos hospitalarios y a los poderes judiciales a que no obstruyan el acceso a ANP (ADC, 2015).

En consecuencia, y según la Ley N° 25.673, de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR), en 2015 se actualizó el

“protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”, el cual estipula a nivel nacional, que todo el personal de efectores de salud (incluyendo el administrativo y de seguridad) es responsable de garantizar y no obstruir el derecho a interrumpir un embarazo. Son los equipos de salud los primeros responsables de la provisión de ILE, en cuanto deben prevenir y buscar evitar peligros y daños a la integridad física y psico-social de las personas, brindando atención y respetando los estándares de calidad, accesibilidad, confidencialidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada, teniendo en cuenta su función pública y rol ético de cuidar la salud de las personas sin decidir por ellas sobre sus conductas íntimas y personales, como principio base del ejercicio y secreto médico/profesional (MSAL, 2015).

“Cursar un embarazo en el contexto de una de las causales que describe la ley –tanto de salud como de violencia sexual– representa una vivencia que, por lo general, implica angustia, sufrimiento, dudas, ambivalencia y miedo por la salud, la fertilidad futura u otras consecuencias que pudiera traer el evento” (MSAL, 2015: 24). En efecto, el protocolo define que las pautas para identificar situaciones que habilitan las causales de ILE, están basadas, en primer lugar, desde el concepto de **salud integral** y las **dimensiones físicas, psico-emocionales y sociales** que este atañe.

En segundo lugar, el concepto de **peligro para la salud** debe ser entendido como la **posibilidad de afectación de la salud**, por lo cual no se requiere la constatación de una enfermedad ni debe exigirse tampoco que el peligro sea de una intensidad determinada. El concepto de peligro **no exige la configuración de un daño, sino su posible ocurrencia**, es decir, la potencialidad de afectación de la salud de la persona gestante para determinar el encuadre como causal de no punibilidad del aborto (MSAL, 2015).

La decisión de la persona gestante sobre qué tipo de peligro está dispuesta a correr debe ser el factor determinante en la decisión de requerir la realización de una ILE, en la medida en que sólo éstas pueden decidirlo según su cotidianidad y/o proyectos de vida. La **consideración del riesgo** para la salud que da lugar a la aplicación de la causal, exige que se constate la posibilidad de un resultado adverso en cualquiera de las dimensiones de la salud de una mujer, como ser el riesgo de morir, el riesgo de enfermar o el de sufrir un deterioro en su bienestar. De la misma forma, la consideración y valoración de los **medios para evitar dichos riesgos** sobre su salud, está determinado por las posibilidades que considere la persona, en tanto sean posibles, accesibles, pertinentes y viables. Si quien evalúa considera factible la existencia de otro medio, este no puede ser presentado como la única opción posible, porque se estaría dañando la **autonomía de la persona**, en tanto *“un medio, para que sea una opción genuina, tiene que estar acompañado de otra opción viable, sino deja de ser opción, es coerción”* (Dosso, 2017:27).

Dimensión del derecho a la salud integral

El derecho a la Salud Integral incluye determinantes/condicionantes socia-

les, subjetivos, económicos, culturales y políticos para su real ejercicio. Deben considerarse cuestiones estructurales e intermedias (González Vélez, 2008) que atraviesan todo proceso de salud-enfermedad-atención, como ser, condiciones de subsistencia y de trabajo, género, contextos socio-políticos, circunstancias psico-sociales, factores biológicos o de comportamiento y el sistema de salud en sí mismo, en tanto atención y accesibilidad.

La conceptualización del acceso a la salud no sólo se centra en cuestiones geográficas, administrativas y económicas, sino que incluye también dimensiones culturales o simbólicas, como la posibilidad subjetiva que tienen las personas de obtener el servicio de salud que necesitan y las representaciones que construyen en relación a sus derechos y la forma de ejercerlos, según sus vivencias personales, saberes construidos, percepciones y sentimientos.

La integralidad del concepto de salud, alude a múltiples dimensiones del sujeto, que se encuentran en constante interacción con el medio y el contexto. Motivo por el cual, en situaciones de ILE, estos determinantes/condicionantes deben ser considerados y analizados de forma amplia y/o interdisciplinaria, con instrumentos que estipulen indicadores observables (Dosso, 2017) y categorías operativas (González Vélez, 2011), para definir y evaluar el riesgo de afectación de la salud de la persona gestante de forma integral, en sus **dimensiones físicas, psico-emocionales y sociales**.

Dimensión física

Las situaciones que puedan afectar la salud física de la persona gestante a causa del embarazo, no son posibles de determinar de antemano. Éstas pueden presentarse en cualquier etapa y están asociadas a diversos motivos, como ser: efectos del embarazo en una enfermedad, efecto sobre el embrión o feto de cierta enfermedad o tratamiento, una enfermedad nueva causada por el embarazo, entre otras. Por ese motivo es que se plantea que el riesgo debe ser determinado individualmente para cada persona gestante, según su valoración, con el debido acompañamiento/seguimiento médico, dado que siempre va a depender del caso concreto.

Dimensión psico-emocional

En situaciones de ILE, las afectaciones a la salud mental no implican necesariamente la existencia de algún padecimiento, incapacidad o enfermedad mental severa. Tal como plantea el protocolo nacional, la afectación de la salud incluye también el dolor psicológico, la angustia y el sufrimiento mental, asociados con la pérdida de la integridad personal y la autoestima, cuando se ven afectados proyectos de vida, al ser el embarazo producto de una violación y/o cuando el feto sufre graves enfermedades/malformaciones.

Dimensión Social

Entendiendo que la dimensión social de la salud incluye todas las condiciones en las que nacen, crecen, viven y trabajan las personas, la incidencia/afectación sobre la salud de la persona gestante, se verá atravesada por factores simbólicos, de estratificación y contextos políticos, socio-económicos y culturales. En situaciones de ILE se deben evaluar las circunstancias materiales y psico-sociales que la persona atraviesa y la accesibilidad al sistema de salud, como determinantes/condicionantes que interfieren a la hora de definir diversos niveles de bienestar.

Desde una perspectiva de género, la consideración de la dimensión social, funciona también como herramienta para reducir o eliminar las inequidades en salud, en tanto las mujeres/personas gestantes se enfrentan a constantes dificultades en el acceso a la atención sanitaria, al pretender mantener un control autónomo sobre su propio cuerpo.

Metodología

En cuanto a la producción de datos de investigación, la perspectiva teórico-metodológica llevada adelante fue de origen cuantitativa, con el objetivo de arribar a un estudio de diseño exploratorio-descriptivo, en tanto sirven para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos o de poca información (Hernández Sampieri, 1997). Se pretendió identificar conceptos o variables promisorias, estableciendo prioridades, con la intención fundamental de descubrir, describir y medir el tema de investigación.

Como técnica para la recolección de datos, se realizó una encuesta, de formato online e impreso, destinada a profesionales de cuatro especialidades del Hospital Posadas, buscando resultados proporcionales y equitativos, teniendo en cuenta la cantidad de profesionales en cada servicio. La muestra seleccionada no fue intencionada. Quienes participaron de la encuesta accedieron a la misma de forma voluntaria, y bajo información brindada que aseguraba la confidencialidad de la información y el resguardo de la identidad.

Se concretaron 78 encuestas, sobre el total de 80 estipulado para la realización de la investigación: 20 encuestas en el servicio social; 20 encuestas en el servicio de obstetricia; 20 encuestas en el servicio de ginecología; y 18 encuestas en el servicio de psicología (sector adultos y sector adolescencia - No cuenta con residencia). Sólo dos personas, de diferentes servicios, no accedieron a completarla y no se llegó a cubrir la cantidad necesaria en el servicio de psicología.

La edad de los/as profesionales que contestaron la encuesta, oscila entre los 24 y 60 años. De las 78 encuestas, el 87.2% fue realizada por el género femenino (68 encuestas) y el 12.8% por el género masculino (10 encuestas). No se registraron otras identidades sexo-genéricas.

Se contó con la participación de jefes/as de servicios y secciones (5.1% - 4 profesionales), profesionales de planta y/o contratados (59% - 46 profesionales) y residentes (35.9% - 28 profesionales de trabajo social, tocoginecología y obstétricas), quienes desempeñaron tareas durante el año 2017, en atención por guardia, consultorios, ADE (atención demanda espontánea), CAI (consultorio de atención inmediata) y áreas de internación del hospital.

Las dimensiones de análisis se centraron en los siguientes ejes/variables: conocimientos profesionales de la causal salud en ILE (normativa, protocolo nacional y hospitalario, capacitaciones); aplicación de la causal salud en ILE (prácticas, métodos, interdisciplina, obstáculos); interpretaciones de la causal salud en ILE (concepto salud integral, dimensiones físicas, psico-emocionales y sociales, derechos vulnerados).

Resultados

Conocimientos en la Temática

En cuanto al **conocimiento de la normativa jurídico-legal vigente** que permite el acceso a ILE bajo causales (salud-violación), los resultados arrojaron que:

- **El 35.9% conoce en su totalidad la normativa vigente** (total 28 encuestas: 10 trabajo social, 6 psicología, 4 obstetricia y 8 ginecología)
- **El 59% conoce la normativa pero no en su totalidad** (total 46 encuestas: 8 trabajo social, 10 psicología, 16 obstetricia y 12 ginecología)
- **El 5.1% no conoce la normativa** (total 4 encuestas: 2 trabajo social y 2 psicología)

En relación al **conocimiento sobre el protocolo nacional**, se obtuvo que:

- **El 20.5% conoce en su totalidad el protocolo** (total 16 encuestas: 6 trabajo social, 1 psicología, 3 obstetricia y 6 ginecología)
- **El 60.3% conoce el protocolo pero no en su totalidad** (total 47 encuestas: 11 trabajo social, 11 psicología, 12 obstetricia y 13 ginecología)
- **El 19.2% no conoce el protocolo** (Total 15 encuestas: 3 trabajo social, 6 psicología, 1 ginecología y 5 obstetricia)

De los datos se desprende que alrededor del 60 % de los/as encuestados/as no conocen en su totalidad la normativa vigente ni el protocolo nacional de atención en ILE. La diferencia más marcada surge en relación al protocolo de atención, contando con casi el 20% de encuestados/as que no lo conocen, siendo un protocolo nacional destinado a los servicios de salud y sus trabajadores en el ámbito sanitario.

Esto podría vincularse a la poca o nula **capacitación en la temática**, siendo que:

- **El 76.9% no realizó ni recibió capacitación acerca de la temática de ILE** (60 encuestas: 18 trabajo social, 13 psicología, 17 obstetricia y 12 ginecología)
- **El 23.1% sí realizó o recibió capacitación acerca de la temática** (18 encuestas: 2 trabajo social, 5 psicología, 3 obstetricia y 8 ginecología).

Las 18 personas que contestaron haber realizado capacitaciones, refirieron que las hicieron en: el Hospital Posadas (en sus servicios y/o en ateneos); mediante publicaciones y/o reuniones médicas; en organizaciones feministas (zona oeste); en unidades sanitarias (zona oeste); en institutos privados; en cursos de formación en relación al ANP (CABA); y en encuentros de capacitación brindados por la “campana nacional por el derecho a decidir” y por equipos de consejerías pre y post aborto (zona oeste).

En relación a la existencia de un **protocolo de atención a situaciones de ILE propio del Hospital Posadas**, del total de 78 respuestas, se desprende que:

- **el 42.3% contestó que sí** existe un protocolo hospitalario (33 encuestas: 4 trabajo social, 2 psicología, 12 obstetricia y 15 ginecología)
- **el 46.2% contestó que no sabe** si existe un protocolo hospitalario (36 encuestas: 10 trabajo social, 13 psicología, 8 obstetricia y 5 ginecología)
- **el 11.5% contestó que no** existe un protocolo hospitalario (9 encuestas: 6 trabajo social y 3 psicología)

A pesar del desconocimiento que se ve reflejado en las respuestas de los/as profesionales, el Hospital Posadas cuenta con un “protocolo de atención a abortos no punibles”, el cual se originó, según información recabada, en Julio de 2012, a raíz del fallo de la CSJN, con la aprobación de las jefaturas de los servicios de ginecología y obstetricia. Fue elaborado por profesionales de disciplinas médicas de la Institución, contando con la participación de diferentes disciplinas que figuran en el protocolo como parte del “equipo de salud” (salud mental, trabajo social, medicina legal, anestesiología, diagnóstico, enfermería, quirófano, farmacia, genética y centro obstétrico).

En su título, el protocolo hospitalario menciona al fallo de la CSJN y su interpretación amplia del Art. 86 inc. 2 del Código Penal Argentino, por lo cual se infiere que se abocaría sólo a la causal violación. Mantiene en su desarrollo cuestiones desactualizadas o que no se condicen con la normativa vigente, en relación a: el requerimiento de autorización a menores de edad por parte de padres, tutores o curadores (sin especificar edad); y el deber de discernir el hallarse frente a un caso real o uno “fabricado”. Si bien profesionales del hospital refirieron que habría un protocolo posterior, actualizado, donde estas cuestiones mencionadas habrían quedado saldadas, y donde se estipula la cantidad de semanas de gestación según las cuales se dividen las intervenciones de los servicios de ginecología (hasta la semana 12 de gestación) y obstetricia (desde la semana 12 de gestación en adelante), no logré acceder al mismo.

Aplicación de la causal salud en ILE

Se tomó como parámetro para este eje, la atención y/o intervenciones pro-

fesionales de las 4 disciplinas, realizadas durante el año 2017, en atención por consultorio externos, guardia, internación, ADE y CAI del Hospital Posadas. Del total de encuestas se desprende que:

- **el 41% sí atendió situaciones de ILE en el 2017** (32 encuestas)
- **el 59% no atendió situaciones de ILE en el 2017** (46 encuestas).

En relación a los/as 32 profesionales que contestaron haber atendido situaciones de ILE en el hospital durante el año 2017, se visualiza (Tabla 1) una mayoría de atención brindada por parte de especialidades médicas (ginecología 14; obstetricia 10), en relación a las especialidades no médicas (trabajo social 7; psicología 1).

Desde las especialidades médicas, algunos/as profesionales refirieron tener que apelar a su memoria para recordar cuántas situaciones habían trabajado, ya que no se cuenta con estadísticas concretas en el hospital.

Cantidad de situaciones y protocolo de ILE atendidas en 2017

Según las respuestas de los/as 32 profesionales que afirmaron haber atendido situaciones de ILE, se contabilizó un total de **103 situaciones de ILE** (Tabla 1) atendidas durante el año 2017. Si bien puede inferirse que algunas situaciones hayan sido abordadas por más de un/a profesional a la vez, teniendo en cuenta la posibilidad de trabajar al interior de un equipo de salud, se tomó el total de respuestas aisladamente, y de las 103 situaciones se desprende que, en su mayoría, los/as profesionales atendieron solamente entre 1 y 3 situaciones en el año, y sólo 3 profesionales atendieron entre 8 y 10 situaciones (Tabla 2).

La mayor cantidad de situaciones atendidas (55) se observan en el servicio de obstetricia, siendo situaciones de 2do trimestre de gestación, según la atención que brinda dicho servicio. A su vez, se observa una mayor cantidad de situaciones atendidas por residentes (58.3%) sobre las atendidas por profesionales de planta/contratados (40.8%), lo cual permite visualizar, a nivel cuantitativo, el trabajo que desempeñan las residencias al interior del hospital. También posibilita visualizar interrogantes acerca de la posibilidad concreta que tengan de evaluar/aplicar causales de ILE, y los conocimientos actualizados que puedan aportar.

En relación a si efectivamente se realizó el procedimiento de ILE, de los/as 32 profesionales que atendieron situaciones de ILE durante el 2017, se desprende que (Tabla 1): en el 81.3% se realizó el procedimiento ILE (26 respuestas); y en el 18.8% no se realizó el procedimiento ILE (6 respuestas). La mayor cantidad de procedimientos no realizados en el hospital se desprende de situaciones atendidas en el servicio social (5), infiriendo dificultades al momento del abordaje, articulación con otros servicios y/o aplicación de la causal salud en relación a dimensiones psico-sociales.

De los/as 26 profesionales que respondieron que el procedimiento ILE se lle-

Tabla N1 Situaciones de ILE atendidas

		Trabajo Social		Psicología		Obstetricia		Ginecología		Totales	
		N	%	N	%	N	%	N	%	NT	%T
Respuestas Positivas de atención	Residente	1	14.3%	0	0.0%	7	70.0%	7	50.0%	15	46.9%
	Prof. de Planta/Contratado	6	85.7%	1	100.0%	3	30.0%	6	42.9%	16	50.0%
	Jefatura de Servicio/Secc.	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	7.1%	1	3.1%
		7	100.0%	1	100.0%	10	100.0%	14	100.0%	32	100.0%
Cantidad de Situaciones Atendidas	Residente	6	35.3%	0	0.0%	41	74.5%	13	43.3%	60	58.3%
	Prof. de Planta/Contratado	11	64.7%	1	100.0%	14	25.5%	16	53.3%	42	40.8%
	Jefatura de Servicio/Secc.	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.3%	1	1.0%
		17	100.0%	1	100.0%	55	100.0%	30	100.0%	103	100.0%
Causales de ILE Atendidas	Salud	11	64.7%	0	0.0%	35	63.6%	20	66.7%	66	64.1%
	Violación	2	11.8%	1	100.0%	13	23.6%	5	16.7%	21	20.4%
	Violación (Discapacidad)	0	0.0%	0	0.0%	2	3.6%	3	10.0%	5	4.9%
	Sin Datos	4	23.5%	0	0.0%	5	9.1%	2	6.7%	11	10.7%
		17	100.0%	1	100.0%	55	100.0%	30	100.0%	103	100.0%
Áreas de Atención	Internación	8	44.4%	1	100.0%	52	70.3%	21	65.6%	82	65.6%
	ADE - CAI	8	44.4%	0	0.0%	1	1.4%	5	15.6%	14	11.2%
	Consultorios Externos	2	11.1%	0	0.0%	12	16.2%	4	12.5%	18	14.4%
	Guardia	0	0.0%	0	0.0%	9	12.2%	2	6.3%	11	8.8%
		18	100.0%	1	100.0%	74	100.0%	32	100.0%	125	100.0%
Proc. de ILE Realizado	SI	2	28.6%	1	100.0%	9	90.0%	14	100.0%	26	81.3%
	NO	5	71.4%	0	0.0%	1	10.0%	0	0.0%	6	18.8%
		7	100.0%	1	100.0%	10	100.0%	14	100.0%	32	100.0%
Métodos Utilizados	Proced. Medicamentoso	1	100.0%	0	0.0%	17	29.3%	21	52.5%	39	39.0%
	AMEU	0	0.0%	0	0.0%	2	3.4%	3	7.5%	5	5.0%
	Raspado/legrado	0	0.0%	1	100.0%	1	1.7%	5	12.5%	7	7.0%
	Proced. Combinados	0	0.0%	0	0.0%	38	65.5%	11	27.5%	49	49.0%
		1	100.0%	1	100.0%	58	100.0%	40	100.0%	100	100.0%

Fuente: elaboración propia

Tabla N2 Cantidad de Situaciones y Procedimientos de ILE atendidas en 2017

Situaciones al año	Situaciones de ILE atendidas al año			Procedimientos de ILE realizados al año		
	Cantidad de Profesionales	Total de Situaciones	Porcentaje	Cantidad de Profesionales	Total de Situaciones	Porcentaje
1 situac. al año	8	8	25.0%	5	5	19.2%
2 situac. al año	8	16	25.0%	9	18	34.6%
3 situac. al año	7	21	21.9%	3	9	11.5%
4 situac. al año	1	4	3.1%	0	0	0.0%
5 situac. al año	3	15	9.4%	3	15	11.5%
6 situac. al año	2	12	6.3%	0	0	0.0%
8 situac. al año	1	8	3.1%	1	8	3.8%
9 situac. al año	1	9	3.1%	1	9	3.8%
10 situac. al año	1	10	3.1%	1	10	3.8%
Sin Respuesta	0	0	0.0%	3	0	11.5%
Total General	32	103	100%	26	74	100%

Fuente: elaboración propia

vó a cabo, la mayoría realizó entre 1 y 2 procedimientos al año, y se contabilizó un total de **74 procedimientos realizados** sobre las 103 atendidas (Tabla 2).

Causales de ILE y áreas de atención

Los resultados arrojan (Tabla 1) que la mayoría de las situaciones atendidas de ILE, fueron por causal salud (66 situaciones - 64.1%) y se abordaron en las áreas de internación (82 situaciones - 65.6%). En cuanto a las otras causales de las situaciones de ILE atendidas, el 20.4% fue por causal violación (21 situaciones) y el 4.9% por causal violación en persona con discapacidad intelectual o mental (5 situaciones). Figura un 10.7% de respuestas sin datos (11 situaciones), que podría vincularse a no contar con registros propios de cada servicio y/o institucionales, donde figuren datos de los procedimientos de ILE realizados.

En relación a las áreas de atención, el análisis de los datos permite visualizar, por un lado, un incremento en la cantidad total de situaciones atendidas, contabilizando un total de 125, que se relaciona con haber atendido situaciones que entraron por guardia (8.8%), consultorios (14.4%) o ADE/CAI (11.2%), y luego pasaron a salas de internación⁶, habiendo (o no) realizado el procedimiento ILE.

La relación entre las causales y las áreas de atención, permite inferir que las situaciones atendidas se trataron de afecciones en la dimensión de salud física de la persona, dado que en su mayoría fueron consumadas en áreas de internación. Conociendo la dinámica hospitalaria de un efector de alta complejidad, el mantener una internación se fundamenta ante el requerimiento de aparatología y asistencia médica, por situaciones de riesgo del orden físico, que no podrían atenderse de forma ambulatoria⁷, como ser enfermedades hemato-oncológicas, cardíacas, malformaciones fetales, entre otras, o bien ante un embarazo avanzado, una interrupción fallida o incompleta, hemorragia, o infección.

Métodos utilizados

En relación a los métodos utilizados en los procedimientos ILE (Tabla 1), se observa que la mayor cantidad de situaciones fueron trabajadas bajo procedimientos combinados (49% -medicamentoso e instrumental), lo cual puede incidir en la necesidad de mantener una internación, como se mencionó anteriormente, al derivar en procedimiento quirúrgico. En menor cantidad se realizaron procedimientos medicamentosos (39%) y raspados/legrados (7%), y cabe resaltar el bajo índice de utilización de la técnica de AMEU - aspiración manual endouterina (5%), que podría vincularse a la falta del recurso en la Institución o bien, por desconocimiento de la técnica y su implementación. Se considera que el AMEU es un procedimiento más sencillo, asociado con una

6 En la Memoria 2017, de Dpto. del Estadística de Hospital Posadas figura un total anual de 4180 ingresos a camas de internación del Servicio de Obstetricia, y un total anual de 694 ingresos a camas de internación del Servicio de Ginecología.

7 Teniendo en cuenta la normativa vigente, el procedimiento de ILE con medicación es una opción segura y eficaz, la cual puede llevarse a cabo de forma ambulatoria en gestaciones menores a 12 semanas, con las respectivas consultas a equipos de salud, de no sufrir la persona alguna afección, riesgo o peligro del orden físico o en su salud mental.

menor pérdida de sangre y dolor, que presenta mínimas complicaciones, en comparación con las que pueden ocurrir con el raspado o legrado⁸.

Intervenciones realizadas

Las intervenciones realizadas por parte de los/as 32 profesionales que atendieron situaciones de ILE durante el 2017, se haya o no realizado el procedimiento ILE, se analizaron según: asesoramiento brindado, interconsultas realizadas a otras disciplinas, derivaciones internas (intrahospitalarias) y externas. Los datos obtenidos muestran una marcada diferencia en relación al asesoramiento brindado con respecto a las otras intervenciones. Tomando el total de las 103 situaciones atendidas:

- en 98 se realizó asesoramiento (64.5% - ILE realizado: 80 - ILE no realizado: 18)
- en 22 se realizó derivación externa (14.5%- ILE realizado: 10- ILE no realizado: 12)
- en 20 se realizó interconsulta (13.2% - ILE realizado: 17 - ILE no realizado: 3)
- en 12 se realizó derivación intrahospitalaria (7.9%- ILE realizado: 7- ILE no realizado: 5).

Dada la baja cantidad de situaciones interconsultadas, se puede inferir cierta dificultad al momento de articular entre diferentes disciplinas. Al desglosar los datos, de los/as 32 profesionales que atendieron situaciones de ILE, se desprende que 20 (62.5%) realizaron interconsultas y 12 no realizaron interconsultas (37.5% - ILE realizado: 9 - ILE no realizado: 3)

Según las respuestas obtenidas, entre los Servicios del hospital a los que se les realizó interconsulta por situaciones de ILE, se encuentran: psicología (12); trabajo social (2); cuidados paliativos (5); ginecología (4); obstetricia (1); clínica médica (2); nefrología (1); hemato-oncología (2); salud mental (1); psiquiatría (1); inmunología (1); adolescencia (1); imágenes/ecografía (1); farmacia (1).

Estos datos permiten analizar por un lado, las especialidades médicas y no médicas interconsultadas, y relacionarlas con las dimensiones físicas, psico-emocionales y sociales de la causal salud y de la causal violación de las situaciones atendidas. Por otro lado, no se visualiza una mayor cantidad de interconsultas realizadas a especialidades médicas en relación a las no médicas, pero se destaca la baja cantidad de situaciones interconsultas a trabajo social, por sobre las realizadas al área de psicología y de salud mental, teniendo en cuenta, además, que sólo un/a profesional del sector de psicología contestó haber atendido una situación de ILE durante el 2017 (Tabla 1).

Obstáculos en el abordaje de situaciones de ILE

⁸ Según el Protocolo Nacional, el legrado uterino debe ser utilizado solo cuando los otros métodos no estén disponibles, y recomienda su reemplazo por la aspiración de vacío (AMEU), a fin de mejorar la seguridad y calidad de la atención, dado que el legrado es un método menos seguro y más doloroso, y puede generar perforaciones uterinas, lesiones cervicales y sinequias uterinas.

Los obstáculos percibidos por parte de los/as 78 profesionales participantes, en relación al abordaje de situaciones de ILE en el hospital fueron:

- La falta de conocimiento en la temática (64.1% - 50 respuestas)
- La falta de equipo/dispositivo interdisciplinario específico (57.7% - 45 respuestas).
- Cuestiones relativas a la objeción de conciencia (43.6% - 34 respuestas)
- Diferencia de criterios entre profesionales (42.3% - 33 respuestas)
- La falta de registro/estadística sobre prácticas de ILE (41% - 32 respuestas)
- Cuestiones institucionales (21.8% - 17 respuestas)
- Desactualización del protocolo hospitalario (21.8% - 17 respuestas)
- No percibe ningún obstáculo (1.3% - 1 respuesta)
- Desconoce (1.3% - 1 respuesta)

El hecho de que el mayor obstáculo identificado sea la falta de conocimientos por parte de los/as profesionales en relación a la temática, se condice de cierta forma con los resultados obtenidos en cuanto al bajo conocimiento de la normativa vigente y de protocolo nacional. Y el haber realizado (o no) capacitaciones en torno al tema. También las cuestiones relacionadas al protocolo hospitalario, a la no existencia de dispositivo/equipo interdisciplinario y la falta de estadísticas se contemplan en lo analizado hasta el momento.

Lo destacable surge de las cuestiones relativas a la “objeción de conciencia”, siendo el tercer obstáculo percibido por los/as profesionales en cuanto porcentaje. En este sentido, se abren interrogantes en relación a esta problemática identificada, teniendo en cuenta que, según la normativa vigente, la objeción de conciencia es siempre individual (no institucional) y no puede traducirse en dilación o impedimento para el acceso a la ILE. Se estipula que, aunque los/as profesionales hayan notificado previamente su voluntad, están obligados a cumplir con el deber de informar a la mujer sobre su derecho a acceder a una ILE si constatan alguna de las causales y remitirla, inmediatamente, a un profesional no objetor para que continúe la atención, ya que la institución debe contar con recursos humanos y materiales suficientes para garantizar permanentemente los derechos de las personas que están en situación de ILE. Dado que quienes objetando conciencia pueden afectar intereses y derechos fundamentales de terceros, por entorpecer o restringir el acceso a una ILE, cabe reflexionar acerca del concepto conciencia que, se supone, desarrollamos siempre en nuestras prácticas, aún cuando las propias convicciones difieren y entran en tensión.

Interpretaciones de la causal salud en ILE

Concepto de “peligro o riesgo para la salud”, según la causal salud en ILE

Según los datos obtenidos, sólo 39 profesionales (50%) relacionan el peligro para la vida o la salud de la mujer con el conjunto de padecimientos físicos, psico-emocionales y sociales, interpretando la causal salud en su forma integral.

Al desglosar los resultados del porcentaje restante, las consideraciones del concepto de “peligro para la vida o la salud de la mujer” tienen una mayor relación con padecimientos psico-emocionales (14 profesionales - 17.9%) y físicos (7 profesionales - 9%), por sobre padecimientos sociales (0%). A su vez, hubo profesionales que refirieron relacionarlo sólo con el conjunto de padecimientos físicos y psico-emocionales (13 profesionales - 16.7%), otros con el conjunto de padecimientos psico-emocionales y sociales (4 profesionales - 5.1%) y solo 1 profesional lo relacionó con el conjunto de padecimientos físicos y sociales (1.3%).

Determinación del riesgo por parte de la mujer

En relación a si la persona en situación de ILE puede determinar el riesgo para su vida o su salud, las respuestas se acercan a lo que plantea la normativa vigente, en tanto marcaron un mayor porcentaje de respuesta positivas: 50 profesionales consideran que la mujer en situación de ILE puede determinar el riesgo para su salud (64.1%); y 28 profesionales consideran que la mujer no puede determinar el riesgo para su salud (35.9%).

Relación de la práctica profesional con la dimensión física de la causal salud

Los resultados en cuanto a la consideración que tienen los/as profesionales sobre si en la práctica hospitalaria las situaciones de ILE quedan reducidas sólo a la dimensión física de la causal salud, por sobre las otras dimensiones, muestran un porcentaje levemente mayor de respuestas negativas: 42 profesionales consideran que en la práctica, las situaciones de ILE no quedan reducidas a su dimensión física (53.8%); 36 profesionales consideran que en la práctica, las situaciones de ILE quedan reducidas a su dimensión física (46.2%).

En las consideraciones brindadas en cuanto al porqué no queda reducido a su dimensión física el abordaje de situaciones de ILE, se vislumbran mayores contemplaciones de aspectos emocionales (componentes, afectación y compromiso) por sobre cuestiones del orden social, la recomendación de apoyo o seguimiento psicológico, conocimientos y religión de la persona gestante.

Quienes refirieron que en la práctica sí queda reducido a la dimensión física el abordaje de situaciones de ILE, contemplaron dificultades del orden institucional y (no) legitimidad de las prácticas de ILE, falta de articulación y discusión interdisciplinaria, obstáculos relacionados al miedo e ignorancia profesional, incidencia del modelo médico hegemónico y su concepción biologicista de la salud. También se brindaron referencias de una experiencia personal en la cual

se rechazó la causal ILE al realizar interconsulta a una disciplina médica.

Consideraciones sobre el acceso a una ILE - Dimensiones de la causal salud

Tomando como parámetro lo que plantea el Protocolo Nacional (MSAL, 2015), se abordaron las consideraciones que tienen los/as profesionales en relación a las dimensiones físicas, psico-emocionales y sociales de la causal salud, para analizar los criterios de aplicación que se tienen al momento de abordar una situación de ILE bajo dicha causal.

Los resultados obtenidos (Tabla 3) muestran cierta aproximación en relación a lo planteado normativamente, en tanto un 64.1% de las respuestas coinciden en que, para acceder a una ILE, es necesaria la posibilidad de afectación o riesgo a la salud de la persona gestante (50), y no la constatación de un daño (13).

Las diferencias se presentan al momento de analizar cada una de las dimensiones de la causal salud y su posible aplicación:

- En relación a la dimensión física, se observa un mayor porcentaje en cuanto a las consideraciones del acceso a una ILE según enfermedades que se puedan presentar en cualquier etapa de embara-

Tabla N3 | Consideraciones sobre el acceso a una ILE
Fuente: elaboración propia

		N° Respuestas	Total
Daño o Riesgo a la Salud	Presentar la constatación de un daño a su salud	13	16.7%
	Presentar la posibilidad de afectación/riesgo a su salud	50	64.1%
	Ninguna	15	19.2%
		78	100.0%
Dimensión Física	Enfermedades determinadas previamente	23	29.5%
	Enfermedades que se pueden presentar en cualquier etapa del embarazo	37	47.4%
	Ninguna	18	23.1%
		78	100.0%
Dimensión Psico-Emocional	La existencia confirmada de un padecimiento mental y/o discapacidad	60	34.7%
	Dolor psicológico	38	22.0%
	Sufrimiento mental	38	22.0%
	Angustia	30	17.3%
	Ninguna	7	4.0%
		173	100.0%
Dimensión Social	Situaciones de exclusión o vulnerabilidad social	45	18.5%
	No contar con apoyo familiar y/o social	34	14.0%
	Falta de condiciones materiales	29	11.9%
	Embarazos en la adolescencia	29	11.9%
	Afectación del proyecto de vida personal	24	9.9%
	Haber alcanzado el número de hijos deseados	23	9.5%
	Falta de empleo o empleo precarizado	18	7.4%
	No contar con pareja (estable)	15	6.2%
	Ninguna	26	10.7%
		243	100.0%

zo (47.4%) frente a las determinadas previamente (29.5%);

- Con respecto a la dimensión psico-emocional, es ampliamente mayor el porcentaje de respuesta que consideran necesario la existencia confirmada de un padecimiento mental (34.7%), por sobre el dolor psicológico (22%), la angustia (17.3%) y el sufrimiento mental (22%), para acceder a una ILE.
- En cuanto a la dimensión social, las respuestas muestran mayores porcentajes en relación a que el acceso a una ILE puede estar vinculado a riesgos o peligros para la salud de la persona gestante si la misma se encuentra en situación de exclusión o vulnerabilidad social (18.5%), sin red de apoyo socio-familiar (14%), con déficit en condiciones materiales de subsistencia (11.9%) o en adolescentes que cursan un embarazo (11.9%). A su vez, se observa un alto porcentaje de respuestas que consideran que ninguna de las opciones se vincula con el acceso a una ILE (10.7%).

En efecto, se destaca el gran porcentaje de respuestas que refirieron que ninguna de las opciones mencionadas se vincula a riesgos o peligros para la salud o vida de la persona gestante. Se infiere que esta consideración, podría restringir y/o limitar el acceso a una ILE, en tanto no se abordaría la situación evaluando/considerando ampliamente las dimensiones físicas, psico-emocionales o sociales que hacen a la integralidad del concepto salud.

Derechos vulnerados al negar o limitar el acceso a una ILE

Según las consideraciones de los/as 78 profesionales en relación a qué derechos se verían vulnerados al negar y/o limitar el acceso a información (científica, de calidad y actualizada) o realización de la práctica a una persona en situación de ILE, las respuestas muestran un gran porcentaje en relación a la vulneración del derecho a la salud (17.4% - 63 respuestas) y a la autonomía personal (16.6% - 60 respuestas). También se visualizaron la inclusión de otros principios y derechos, como ser: el derecho a la libertad e incuestionabilidad de la decisión (11.3% - 41 respuestas); el derecho a la accesibilidad, celeridad/rapidez y seguridad (11% - 40 respuestas); el derecho a la información (9.9% - 36 respuestas) y a la no discriminación (8.8% - 32 respuestas); el derecho a la no judicialización (7.7% - 28 respuestas), a la vida (6.9% - 25 respuestas), a la confidencialidad y privacidad (5.2% - 19 respuestas) y el derecho a la educación (4.4% - 16 respuestas). Sólo 2 personas contestaron que ninguno de estos derechos se verían vulnerados si se niega o limita el acceso al procedimiento a una persona en situación de ILE (0.6%).

Reflexiones finales

El deseo de realizar esta investigación surge de mis experiencias de trabajo y formación dentro y fuera del Hospital Posadas, en el marco de la Residencia de Trabajo Social. Frente a dificultades atravesadas al momento de intervenir y acompañar a personas que solicitan o atraviesan la interrupción de una gesta en el hospital, surge la necesidad de conocer el estado de situación hospita-

laría en relación al acceso a ILE, como forma de visibilizar y poner en palabras cuestiones que se naturalizan, de forma tácita e implícita, en las prácticas profesionales relativas a la temática. Cuestiones que se reflejan en los datos presentados, y que resultan significativos en tanto provienen de un hospital público de alta complejidad y de referencia nacional, tan grande en infraestructura como en recurso humano y en calidad de profesionales. Un hospital donde se instaló el cumplimiento de las ILE, luego del fallo de la CSJN, pero que continúa teniendo dificultades en la práctica y en su implementación.

Los resultados de la investigación muestran que una de las mayores dificultades observadas en el abordaje de situaciones de ILE, se relaciona con cuestiones de conocimientos y capacitaciones profesionales. Alrededor del 60% de los/as profesionales que participaron de la investigación, no conoce en su totalidad la normativa vigente ni el protocolo nacional. Más del 75% no realizó ni recibió capacitación en la temática y el 46% desconoce el protocolo de actuación hospitalario. En efecto, esto se traslada al momento de atender una situación de ILE, tanto en el asesoramiento brindado, como en los criterios de aplicación y articulación que se consideren para el acceso al procedimiento bajo la modalidad de causales.

Por otro lado, el hecho de que la mayoría de las situaciones de ILE atendidas durante el 2017, hayan sido efectuadas por disciplinas médicas (85 de 103 situaciones), y en áreas de internación predominando situaciones del 2do trimestre de gestación, evidencia un abordaje limitado, centrado en lo físico por sobre lo psico-social. Esto se complementa con el bajo índice de interconsultas realizadas entre disciplinas y las dificultades visualizadas en la articulación y/o concreción de dispositivos/equipos de trabajo interdisciplinarios. A su vez, a pesar de que sólo el 50% de los/as encuestados/as interpreta la causal salud en su forma integral, considerando el conjunto de padecimientos físicos, psico-emocionales y sociales, se evidenció un mayor porcentaje de consideraciones de las dimensiones físicas y psico-emocionales por sobre la dimensión social.

Los índices de atención se observan bajos, en relación a que sólo el 41% de los/as profesionales refirió haber abordado situaciones de ILE durante el 2017, y sólo en el 71% de las situaciones atendidas se realizó el procedimiento (74 de 103 situaciones), en su mayoría, de manera combinada. Esto puede relacionarse con los obstáculos percibidos por parte de los/as profesionales para abordar situaciones de ILE en el hospital, que se condicen con lo mencionado hasta el momento, sumando lo relacionado con la diferencia de criterios entre profesionales, la falta de registro/estadística específica de situaciones de ILE y cuestiones relativas a la objeción de conciencia.

Considerando el marco ético-profesional y el marco jurídico-legal actual de nuestro país sobre las prácticas de ILE, ninguna persona con capacidad de gestar, enmarcada en las causales, puede ni debe ser privada del derecho que la asiste a una interrupción del embarazo en curso. La normativa vigente estipula que las responsabilidades penales las acarrea quien, como trabajador/a de la salud, brinde información incompleta, inadecuada o subestime el riesgo de la persona con derecho a una ILE, dado que lo ilegal no se configura en la realización de un aborto, sino por el contrario, en negar ese derecho.

La visibilización de esta problemática socio-sanitaria pone en agenda pública los reclamos centrales e históricos de las mujeres y personas gestantes por la garantía de sus derechos. Al interior del hospital, se presenta la necesidad de

poder saldar las dificultades existentes, para abordar las situaciones de ILE de manera amplia e interdisciplinaria, aunando esfuerzos por conjugar cuestiones ético-profesionales, teóricas y técnico-instrumentales.

La necesaria readecuación institucional radica en la concreción de dispositivos hospitalarios acordes al abordaje de situaciones de ILE y su consiguiente operatividad. Se precisa la capacitación de equipos de salud y del personal del hospital en relación a la temática, como así también, la implementación de registros y estadísticas específicas, que permitan desarrollar estudios e investigaciones, contribuyendo a la planificación de políticas públicas tendientes a disminuir las brechas en materia de salud sexual y (no) reproductiva.

La construcción de consensos, espacios de diálogo, reflexión y cuestionamiento de saberes instituidos, permitirá interpelar nuestras propias prácticas, estigmas y creencias, para dar respuestas sanitarias de calidad, acordes a lo que por ley nos compete como profesionales.

Referencia bibliográfica

- ADC - Asociación por los Derechos Civiles. (2015). "Acceso al Aborto No Punible en Argentina: Estado de Situación - Marzo 2015". Buenos Aires.
- Bourdieu P. y Wacquant L. (2005). "Una invitación a la sociología reflexiva". Siglo XXI Editores. 1era Ed. Buenos Aires.
- Cartabia, S. (2014). "El derecho a la salud y al aborto: el punto ciego". Ediciones Infojus. Revista Derechos Humanos. Año III, N° 8. Buenos Aires.
- CP - Código Penal de la Nación Argentina. (1921). Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar>
- CSJN - Corte Suprema de Justicia de la Nación. (2012). "F.A.L. s/ medida autosatisfactiva", expediente 259/2010, tomo 46, letra F, sentencia del 13/3/2012. Buenos Aires.
- Dosso, D. (2013) "Consejería pre y post aborto. Efectos de la intervención en la salud integral de las mujeres atendidas en un centro de atención primaria de la salud de la provincia de Buenos Aires". En: FLACSO, revista "Perspectivas Bioéticas". N° 34 (pp. 75-93). Buenos Aires.
- Dosso, D. (2017). "Miradas integrales de la causal salud para la interrupción legal del embarazo". En "La salud como causal de acceso al aborto desde un enfoque integral". FUSA. (pp. 7-36). Buenos Aires.
- ELA - Equipo Latinoamericano de Justicia y Género. (2010). "Derechos de las mujeres y discurso jurídico. Informe anual del Observatorio de Sentencias Judiciales 2009". 1ª ed. Buenos Aires.
- Gebruers C. y Gherardi N. (2015). "El aborto legal en Argentina: la justicia después de la sentencia de la Corte Suprema de Justicia en el caso F.A.L.". En Serie Documentos REDAAS N°2. Abril 2015. Buenos Aires.
- González Vélez, A. C. (Comp.). (2008). "Causal salud, interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos". La mesa por la vida y la salud de las

- mujeres y la alianza por el derecho a decidir. Bogotá.
- González Vélez, A.C. (Comp.). (2011). "La aplicación práctica de la causal salud: un análisis de casos desde el marco de los derechos humanos". La mesa por la vida y la salud de las mujeres. Bogotá.
- Hernández Sampieri, R. (1997). "Metodologías de la investigación". Editorial Panamericana Formas e Impresos S.A. Colombia.
- Ley 25.673. (2002). Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR).
- Memoria 2017. Documento estadístico interno, elaborado por el Dpto. de Estadística del Hospital Nac. Prof. A. Posadas.
- MSAL - Ministerio de Salud de la Nación. (2010) "Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos no Punibles". Buenos Aires.
- MSAL - Ministerio de Salud de la Nación. (2011). "Políticas de salud sexual y salud reproductiva. Avances y desafíos. Balance 2003-2011". Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Buenos Aires.
- MSAL - Ministerio de Salud de la Nación. (2015). "Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo". Buenos Aires.
- OMS. (2012). "Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud". 2a ed. Suiza.
- ONU. (2016) "Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica". Nd.
- Pombo, M. G. (2012). "La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politización del género". En: revista Margen, N° 66. Buenos Aires.
- Ramon Michel A., et al. (2013). "Barreras en el acceso a los abortos legales: una mirada a las regulaciones sanitarias que incluyen el uso del misoprositol". En CEPES publicaciones. Argentina.
- REDAAS. Red del acceso al aborto seguro. (2018). "Las cifras de aborto en Argentina". Nota informativa producida por el equipo de REDAAS, ELA y CEDES. Buenos Aires.
- Stolkiner, A. Solitario, R., Garbus, P. (2008). "Derechos, ciudadanía y participación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios". En: Anuario de investigaciones, volumen XV. Facultad de psicología. UBA. Buenos Aires.

Habitar las grietas de “La maternidad”

Reflexiones desde el Trabajo Social en un hospital público

Joaquín Busso¹

Resumen

El artículo realiza un acercamiento a la experiencia interventiva del Trabajo Social en los servicios que componen una maternidad pública. Partiendo de la necesidad de incorporar una perspectiva de género en estas instituciones, se busca identificar y analizar las limitaciones y obstáculos encontrados sobre todo en lo que respecta a la Salud Sexual Integral y acceso a Métodos Anticonceptivos.

Palabras Claves

Salud Sexual Integral/ Asesoría en Métodos Anticonceptivos (MAC)/ Aborto/ Violencia Obstétrica

El paso por la residencia del HIGA San Martín de La Plata nos ha llevado a conocer desde adentro, lo que podría definirse como una institución dentro de otra institución. El conocido “pabellón de la maternidad” nuclea, por un lado, el trabajo de un conjunto de servicios hospitalarios (como Obstetricia, Ginecología y Neonatología) con sus respectivas guardias, consultorios y salas de internación; y también condensa una serie de significaciones, prácticas y mandatos que se transmiten y sostienen de forma cotidiana más allá de no estar escritas en ningún lado. Significaciones y prácticas que lejos de garantizar el respeto y garantía de los derechos de las mujeres desde una perspectiva de género; en muchas ocasiones, refuerzan las matrices de subordinación y violencia que las mujeres sufren cotidianamente. Mujeres que no son mujeres, porque allí son ante todo madres.

En este sentido, a partir de nuestra intervención profesional, nos propone-

¹ Licenciado en Trabajo Social. Residencia y Jefatura de Residencia en el Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) “Gral. San Martín” de La Plata 2014-2018. Interinato en el Servicio Social del HIGA “Pedro Fiorito” de Avellaneda 2018.

mos recuperar una serie de reflexiones que surgen del encuentro con estos “muros del pabellón”; encuentro que muchas veces nos obliga a transitar por las grietas, e intentar agrandarlas.

En relación a la intervención en el Servicio de Obstetricia se recuperarán experiencias y reflexiones alrededor de la implementación de las Asesorías en Salud Sexual Integral y a su vez, se profundiza en algunas limitaciones concretas en el acceso a métodos anticonceptivos definitivos.

Con respecto a nuestro recorrido por el Servicio de Ginecología, nos proponemos abordar el tema del aborto y compartir algunas reflexiones que surgen de nuestra experiencia allí. Presentaremos primero algunos datos que exponen este tema en su dimensión más global y luego, el rol protagónico que jugamos los profesionales de la salud en las instancias donde se define el acceso o no al mismo. También desarrollaremos algunos números y testimonios obtenidos a partir del registro de intervención en la sala 15, con el foco en los modelos de atención post aborto.

Obstetricia

En el marco de la residencia de Trabajo Social, la rotación por el servicio de Obstetricia contempla como una de sus actividades fundamentales, la realización de las asesorías cama por cama en Métodos Anticonceptivos (MAC). El hecho de poder difundir y socializar información sobre salud sexual constituye un objetivo en sí y es un derecho de las mujeres. Sin embargo, en el marco de nuestra intervención como trabajadores/as sociales, esta instancia de encuentro debe también entenderse como una oportunidad para abordar otros temas. Es decir, es una oportunidad para poder acompañar a la mujer en la toma de decisiones que involucran varias esferas de su vida, la sexualidad en un sentido amplio, lo vincular, la construcción de relaciones de género, las rutinas, sus proyectos y deseos, etc. Por otra parte, es una instancia de acercamiento a las mujeres en la cual poder construir la demanda de intervención desde definiciones propias, intentando distanciarnos de aquellas cargadas de prejuicios y estigmas. Si partimos de posicionarnos dentro de la perspectiva de género y de derechos, éstas también deben ser instancias que permitan promover el pensamiento crítico y generen rupturas con prácticas y mandatos injustos. Ahora bien, para que esto pueda lograrse es necesario contemplar varios elementos que pueden darse o no.

Tal como se establece en distintos documentos y manuales oficiales en materia de Salud Sexual y Reproductiva, es necesario que los establecimientos de salud lleven adelante espacios de asesorías en los cuales se deben respetar algunos lineamientos básicos. De esta forma, se establece, por ejemplo, que la asesoría debe constituirse como un espacio de encuentro personal en un ambiente de privacidad y respeto, donde cada persona es escuchada con atención y garantía de confidencialidad. Es fundamental entablar una buena comunicación y para lograrlo es necesario poner énfasis en la actitud de confianza y respeto. Es primordial observar y escuchar con atención para generar un diálogo basado en la seguridad de lo que se dice y cómo se dice.

A su vez, para que dicha información pueda ser recibida y apropiada por la mujer, es necesario: usar un lenguaje adecuado a la singularidad de la situación, intentar ser breve y claro, no brindar exagerada información que cohiba a quien escucha, dar la posibilidad de preguntas y dudas, como así también recuperar experiencias propias. Sin embargo, existen varias limitaciones para que esto pueda alcanzarse y creo que, entre otros aspectos, tienen que ver con disposiciones espaciales e institucionales como así también actitudinales por parte de los profesionales que allí se desempeñan, las cuales a su vez también generan determinadas experiencias y aprendizajes en las mujeres que refuerzan la continuidad de esas prácticas.

En relación a lo espacial e institucional, consideramos que se visualiza con claridad en distintos momentos. La exposición del cuerpo de las mujeres como un terreno de disponibilidad total de la institución es algo que se evidencia cada día. Durante la realización de las asesorías suelen darse situaciones de intromisión en las habitaciones e indiferencia hacia el espacio de escucha que se está intentando construir con frases como, “vos seguí negrito que yo la reviso nada más”. Durante el horario de la mañana, las salas de Obstetricia se transforman en espacios de disponibilidad total y masiva por parte de un sinnúmero de residentes, concurrentes, practicantes, etc.; en donde advertimos un avasallamiento del derecho a la intimidad de las mujeres. Por otra parte, continúan existiendo salas en las cuales las mujeres se encuentran todas juntas sin privacidad en un momento tan significativo como el de parto y posparto donde suelen necesitar asistencia y contención.

A su vez como advertíamos más arriba, estas disposiciones suelen reproducir roles hacia las mujeres que difícilmente puedan ser puestos en cuestión por ellas mismas. Habría que preguntarse qué posibilidades subjetivas tendrían las mujeres de manifestar su desacuerdo frente a estas situaciones, ya que, generalmente, se entabla una relación de poder asimétrica entre el personal de salud y ellas.

Se develan así una serie de prejuicios fuertemente arraigados y naturalizados en nuestra sociedad, a los que el personal de salud no escapa.

“Podríamos pensar dos cuestiones a partir de esto: la anulación de la humanidad de la mujer, en el sentido de que primero y ante todo es madre, por lo que debe cargar con todo su cuerpo el dolor físico del parto y posterior disponibilidad institucional sin quejarse; y por el otro, que el placer sería algo censurable para las mujeres y que no sería propio de la condición de mujer-madre, es decir, el sexo estaría pensado sólo para procrear”(García Jurado y otros, 2012:1).

La llamada “Maternidad” del HIGA San Martín, se encuentra dentro del proyecto de Maternidades Seguras, centradas en la Familia y encabezado por la UNICEF. Este proyecto, que contempla entre otros aspectos, “brindar apoyo a las maternidades que atienden más de mil partos por año”, está directamente ligado a la sanción e implementación de la ley 25.929, conocida como Ley de Parto Respetado. Más allá de reivindicar la reciente sanción de esta ley, el hecho de tener que reglamentar la modalidad de atención del parto y posparto evidencia la necesidad de poner un límite a estas formas de violencia, por más básicos y sencillos que parezcan sus disposiciones. Incluso es llamativo el uso del concepto de maternidades “seguras”. Cabría preguntarse ¿antes no eran seguras? ¿Son inseguras las maternidades no apoyadas por UNICEF?

En relación a la Ley de Parto Respetado, se podría mencionar que si bien no suelen reiterarse denuncias o cuestionamientos formales hacia las intervenciones llevadas a cabo en el HIGA San Martín, durante las asesorías y diversas intervenciones, las mujeres relatan distintas situaciones en las cuales no se respeta lo establecido en la Ley.

Lo expuesto hasta acá no tiene el objetivo de desalentar la continuidad de las asesorías en las salas de obstetricia, debido a los límites que se fueron experimentando en relación a la falta de intimidad y respeto a la integridad de las mujeres, más bien todo lo contrario. Insistir en el acercamiento a la situaciones de las mujeres desde un trato humanizado, sigue siendo el desafío y la apuesta, pero identificar las diversas formas de violencia naturalizada que las mujeres pueden vivenciar, podría ayudar a mejorar nuestras intervenciones, a saber con qué valoraciones de las mujeres y márgenes de poder cargamos como parte del personal de salud y, por lo tanto, a no reproducirlas.

Tal como venimos viendo, existen diversas instancias donde los principios centrales en los cuales se posiciona el dispositivo de las asesorías, se encuentran obstaculizados.

Uno de los principios de este dispositivo, tal como nosotros lo definimos, es el de respeto y promoción de la autonomía de las mujeres; fomentando la capacidad de tomar decisiones libres, informadas y responsables, en este caso, respecto a la sexualidad, a la procreación y a su salud en general. Frente a la negación histórica de las decisiones de las mujeres sobre sus vidas y cuerpos, la asesoría pretende garantizar el acceso gratuito, adecuado y a tiempo, a sus elecciones autónomas. En este sentido, resulta fundamental que una vez que se acerca información en relación a MAC, derechos y leyes, se pueda garantizar a las mujeres lo que ellas eligieron.

Si bien podríamos encontrar varios ejemplos de cómo estas decisiones no son respetadas, durante mi experiencia tuvo particular importancia la cantidad de mujeres que manifestaron la imposibilidad de acceder a la Ligadura de Trompas, más allá de haber manifestado su deseo al respecto en distintas oportunidades.

Los servicios de obstetricia, ginecología y neonatología de nuestro hospital conforman, como mencionamos anteriormente, las denominadas Maternidades Seguras, las cuales tienen entre otros objetivos el de funcionar como una referencia de alta complejidad en salud reproductiva, sin embargo, en esta institución no es posible programar una cirugía de anticoncepción definitiva para las mujeres. Ni siquiera a aquellas mujeres que están embarazadas se les brinda la posibilidad de programar una cesárea para esto. Sólo existe la eventualidad en los casos en los cuales durante el trabajo de parto o como indicación en embarazos de riesgo, el nacimiento necesite de una cesárea y sólo en ese contexto, se le pregunta a la mujer por su decisión de ligarse.

En este sentido, a partir de las planillas de registro de las asesorías realizadas en las salas de internación de obstetricia, me propuse analizar cuál era la cantidad de mujeres que manifestaban su deseo tanto de ligarse actualmente, o que hayan manifestado en alguna oportunidad su deseo en algún efector de salud. Del total de mujeres, casi el 14% manifiesta elegir o haber elegido la ligadura como forma de cuidado.

Resulta interesante contrastar este 14% con el 7,5%, que según la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, representa el porcentaje de mujeres que efectivamente utiliza la ligadura en la región pampeana. Es decir ese margen que existe, representa de alguna u otra forma las dificultades de acceso a este derecho.

Al decir de Pecheny y otros, *“un obstáculo pasa por la anticipación a la negativa: las mujeres que no conocen los cambios legislativos y que tienen ya experiencia en falta de respuesta a sus requerimientos en el sistema de salud, presuponen que no contarán con el apoyo del personal médico. La mujer se autoexcluye anticipándose a la acción discriminatoria y a veces violenta. La presunción actúa como una profecía auto-cumplida”* (Pecheny y otros, 2012: 323). En este sentido, la difusión constante de la existencia y contenidos de la Ley 26.130 de 2006 sobre “Anticoncepción Quirúrgica” (AQ), puede significar un impulso y respaldo importante a mujeres que estén dudando sobre manifestar su decisión. Por ejemplo, un estudio realizado en 2012 (Pecheny y otros, 2012: 320), en CABA, Gran Buenos Aires y Gran Mendoza, da cuentas de la ampliación de las posibilidades de acceso a la AQ posteriores a la sanción de esta Ley, tanto en cantidad como en calidad. Es decir no sólo fue mayor el número de mujeres, sino que fundamentalmente comenzó a existir como posibilidad para mujeres de bajos recursos y nivel de instrucción.

Si nos preguntamos por la respuesta de quienes serían los encargados de garantizar este derecho en nuestro hospital, aparecen ante todo justificaciones alrededor de la falta de disponibilidad de los quirófanos. A nuestro modo de ver, detrás de los argumentos de infraestructura y recursos, se esconden visiones y posiciones desde las cuales la ligadura, como una decisión de finalizar el proyecto de la maternidad o de elegir la separación entre sexualidad y reproducción, está muy lejos de ser prioritaria.

Por otra parte creemos que el no acceso a esta práctica también tiene que ver con omitirla como forma de cuidado, como posibilidad siempre supeditada a la necesidad e indicación biomédica. Como afirma, Cynthia del Río, en base a una investigación al respecto en hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, *“encontramos que la anticoncepción quirúrgica no sólo no es comentada entre otros métodos anticonceptivos sino que, además, se enfatiza el carácter reversible de todos los métodos disponibles. Esto tiene que ver con las representaciones de los profesionales de salud del ámbito público acerca de las mujeres que allí consultan, caracterizadas como carentes de formación e información”* (Del Río C.2008: 147). Es decir, negándoles la capacidad de tomar decisiones radicales para su vida.

Finalizando esta parte, quisiéramos citar el siguiente artículo, *“no intervenir, tomar decisiones por las mujeres, omitir recursos disponibles relacionados con las decisiones reproductivas por parte de funcionarios, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tiene que garantizar los derechos reproductivos, es violencia institucional”* (Ley Nacional 26.485. art 6B). Cabría entonces preguntarse para quienes son seguras, las “maternidades seguras”.

Ginecología. La ilegalidad del aborto o la ilusión de querer tapar el sol con un dedo

Durante nuestro paso por la sala de internación de Ginecología, fueron varias las instancias en las que se presentaban mujeres que habían interrumpido sus embarazos. Mujeres internadas por un legrado uterino o raspado. Indagando en las intervenciones sobre estas situaciones, fue recurrente que se dieran como desenlace ante embarazos no deseados y posteriores interrupciones, que debían garantizarse a pesar de la objeción de conciencia del servicio, ya que llegaban a la guardia con el proceso en curso, o con una infección pos parto latente.

En muchos casos, atravesando internaciones de un día o menos, sin que se propusiera ningún tipo de interconsulta o abordaje más allá de lo estrictamente médico, estas situaciones podrían pasar tranquilamente desapercibidas. Y sin una mirada integral se corre el riesgo de convertirla en una situación “normal” en el proceso de internación. Algo que empieza y termina allí, en una cuestión individual de cada mujer. Sin embargo, si nos alejamos un poco de esa particularidad y la ubicamos en su contexto general, podemos visualizarla de otra manera.

El aborto inseguro y sus complicaciones contribuyen significativamente a la mortalidad y morbilidad materna en América Latina, y han sido señalados como problemas de salud pública desde hace más de 40 años por la OMS.

El Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas en junio de 2009, reconoció que la mortalidad y morbilidad materna son prevenibles y *“constituyen un desafío para la salud, el desarrollo y los derechos humanos de las mujeres y las niñas, en particular el derecho a la vida, a ser libre de buscar, recibir e impartir información, a gozar de los beneficios del progreso científico y a gozar del más alto estándar de salud física y mental incluyendo la salud sexual y reproductiva”* (Naciones Unidas, 2009).

La mayoría de los países de Latinoamérica tienen legislaciones que restringen y condicionan el acceso de las mujeres a la interrupción del embarazo. Por esta razón miles de mujeres en la región se encuentran expuestas a las complicaciones de abortos inseguros, ya sea auto inducidos o realizado por personas no capacitadas en lugares que carecen de las condiciones sanitarias mínimas. Dada la ilegalidad de la práctica, no se cuentan con datos oficiales sobre el número de abortos clandestinos en la región, sin embargo, la OMS estima que se producen 3,9 millones de abortos por año en América Latina y el Caribe.

“Particularmente en Argentina, las estimaciones realizadas con las dos metodologías validadas internacionalmente indican que se producirían entre 486.000 y 522.000 abortos anualmente, lo que arroja una razón de algo más de 1 aborto inducido cada 2 nacidos vivos” (Pantelidese y otros, 2006: 112).

Otra de las formas de aproximarnos a la magnitud del aborto puede ser a partir de los datos sobre egresos por complicaciones en los establecimientos públicos del país, cifra que representa sólo una fracción de un total desconocido de mujeres que interrumpen sus embarazos o que tienen abortos espontáneos. En la primera década del presente siglo, se produjeron un promedio de 7.894 egresos por año por aborto en hospitales públicos, lo que representa el 32% de los egresos hospitalarios por causas obstétricas (excluyendo al parto normal).

En un estudio del año 2010 se destaca que “la proporción de muertes maternas por aborto en la Argentina (24%) es más del doble de la estimación de la OMS para toda la región. Esta proporción y la tasa de mortalidad materna (44 por 100.000 nacidos vivos) son inaceptablemente altas, dados otros parámetros de desarrollo socioeconómico del país”².

Ahora bien, ante los consensos internacionales y regionales expuestos en relación a la necesidad de abordaje de esta problemática por parte de los Estados, ¿Cómo se explican las cifras alarmantes que tenemos en la actualidad sobre este tema?, ¿Qué factores inciden para que las estadísticas continúen invariables en el tiempo? Seguramente existan diversas causas que den cuenta de esto, pero sin duda, una de ellas se debe al rol que como profesionales de la salud jugamos en el abordaje de estas situaciones.

Opina Daniela Dosso, retomando el concepto de “campo” de Bourdieu para pensar a la salud, que “desde esa perspectiva los profesionales, en tanto agentes sociales, estamos condicionados, es decir, habilitados y limitados, por las reglas que regulan la acción en el campo de la salud, y que tienden a reproducir la estructura o red de relaciones existentes” (Dosso, 2015:5). Seguramente algunos por beneficiarse económicamente y otros por las ventajas que supuestamente otorga no ir en contra del modelo de des-atención instituido, los profesionales siguen ocupando un rol protagónico en la conservación de esas cifras alarmantes.

“La salud pública es el escenario donde las mujeres pobres en situación de aborto se relacionan con el Estado. Estas mujeres se encuentran en un estado de necesidad que solo el profesional que las atiende puede satisfacer evitándole el dolor físico o graves problemas de salud. La negación de la práctica de una interrupción legal del embarazo, el mal manejo del dolor, las esperas prolongadas, la resistencia de los profesionales a aplicar técnicas menos invasivas y riesgosas, junto con comentarios que mortifican a las mujeres, son ejemplos de la mala voluntad naturalizada por muchos profesionales de la salud” (Dosso, 2015:8).

La atención posaborto, un desafío para el hospital público

“El mejoramiento de la calidad de la atención durante el posaborto ha sido una preocupación presente en América Latina en los últimos 20 años. Existen numerosos estudios particulares y documentos oficiales al respecto. El objetivo es reducir los riesgos de morbilidad y mortalidad atribuibles a los abortos inseguros y prevenir la reiteración de embarazos no deseados, mediante las técnicas más beneficiosas y un abordaje preventivo centrado en la mujer”. (Romero, Zamberlin y Giano, 2010). A su vez, la OMS puntualiza que estas acciones deben ser acompañadas de esfuerzos para mejorar la prevención primaria, incluyendo el mejoramiento del acceso a los servicios y la provisión de información sobre la mayor variedad posible de métodos anticonceptivos y servicios seguros para la interrupción del embarazo en los casos permitidos por la Ley. En Argentina, en el año 2004, el Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios de salud provinciales acordaron un Plan Federal de Salud que incluía la “Guía para el mejoramiento de atención posaborto”, donde se fija como meta “que la mujer en situación aborto no sea discriminada y reciba una

² Dirección de Estadística e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica 2007. Ministerio de Salud de la Nación 2008.

atención humanizada, rápida y efectiva y con asesoramiento y provisión de insumos anticonceptivos” (Romero, M. y otros, 2010: 23).

Partiendo de estas directrices para el abordaje posaborto, veamos qué es lo que ocurre en nuestro hospital a partir del acercamiento que tuvimos a las mujeres en la sala 15.

Una de las primeras pautas recomendadas para la atención en las situaciones posaborto, apunta al modelo de abordaje integral de las mujeres. Abordaje que implica una lógica de trabajo interdisciplinario, como así también la derivación de la mujer a otros servicios tanto intra como extrahospitalarios en caso de ser necesario, fundamentalmente en relación a su salud sexual. La “Guía para la atención posaborto” menciona como responsable al equipo de salud: staff de médicos/as especialistas, generalistas, obstétricas, licenciadas y auxiliares de enfermería, psicólogos/as y trabajadores/as sociales.

En este sentido podemos decir que durante nuestro paso por el servicio no fuimos convocados a trabajar con ninguna mujer en proceso de pos parto. La participación no fue parte de la planificación hospitalaria sino producto del acceso libre y directo con las mujeres de la Sala de Internación, y no como consecuencia directa de “situaciones de pos aborto”. En definitiva, y pese a la predisposición manifiesta, desde el hospital no se propició el abordaje interdisciplinario.

De la totalidad de las mujeres entrevistadas en la sala que atravesaron una interrupción de sus embarazos (15 mujeres), 13 fueron intervenidas con raspados intrauterinos; y las 2 restantes, con aborto médico utilizando Misoprostol. En ningún caso se utilizó la Aspiración Manual Endouterina (AMEU).

Son numerosos los motivos por los cuales es ampliamente recomendable la utilización de la AMEU en relación al raspado. La tasa de riesgo o complicaciones es alta en el raspado y baja en la AMEU, el costo en recursos e insumos es sustancialmente menos en la AMEU, el raspado requiere de una dilatación cervical mayor y en la AMEU es mínima. En relación al tipo de sedación, el raspado requiere de anestesia general (o sea dormir a la mujer) y la AMEU puede utilizarse con anestesia local; por último, el tiempo de internación y regreso al hogar es significativamente mayor con el raspado que con la AMEU. Los números que se muestran en nuestro hospital son semejantes a las estadísticas sobre este aspecto. Si bien muchos argumentan que la AMEU es una técnica reciente y que se requiere mayor capacitación, los números que se muestran, en palabras de Romero, *“dan cuenta de la persistencia de un modelo intervencionista y una “cultura del quirófano” profundamente arraigada cuya transformación es aún incipiente.”*

Por otra parte, uno de los componentes imprescindibles y fundamentales en el proceso de atención posaborto debería ser la realización de consejerías en métodos anticonceptivos. Como parte de nuestra intervención pudimos realizar consejerías en MAC en todas las situaciones posteriores a una interrupción de embarazo. En todas ellas, las mujeres manifestaban un gran interés por conocer las posibilidades anticonceptivas disponibles y en 13 de las 15 situaciones, pudieron decidirse por alguno de los métodos, tras lo que se gestionó el acceso al mismo. Como en el resto de las recomendaciones que venimos repasando, la consejería en métodos tampoco se considera como parte de la atención en la sala de internación del servicio de ginecología. Veamos este

tema en una escena que presenciamos:

Una mujer de 26 años se encuentra internada sola en la sala, después de haber interrumpido voluntariamente un embarazo de aproximadamente 10 semanas de gestación. Son cerca de las 12 del mediodía y está internada desde la tarde/noche del día anterior, cuando le hicieron un raspado por un aborto incompleto. No sabe si se quedará allí hasta dentro de un rato o toda la semana. La anestesia general del día anterior y una noche hospitalaria todavía le generan molestia y cansancio. Cuando llegamos a su cama, accedió con interés a charlar sobre MAC. Eligió los inyectables porque ya los conocía de antes y tuvo una buena experiencia con ellos. Nos ofrecimos a conseguirle las inyecciones durante el transcurso del día y pasamos a entrevistar a la mujer de la cama de al lado. En ese momento entran a la sala una ginecóloga y un ginecólogo y se dirigen directamente a la primera mujer:

-Bueno niñita, nos vamos a casa!!-dice la ginecóloga

- Ah bueno- responde la mujer como sorprendida.

-¿Alguna vez te cuidaste?- le pregunta la médica, dándole tres cajas de pastillas anticonceptivas.

-Sí, usaba las inyecciones. Justo estuvimos hablando con él hace un rato- responde la mujer señalándome en la otra cama, desde la cual yo hacía un profundo esfuerzo por escuchar aquella conversación sin que se notara demasiado y sin faltarle el respeto a la mujer que tenía adelante.

La médica y el médico se miran un momento. Entonces el médico dice:

-Bueno acá te trajimos pastillas. Las pastillas y las inyecciones son lo mismo. Hacé una cosa, empezá a tomarlas ahora y después cuando consigas las inyecciones, las dejás.

La mujer con las cajas ya en las manos, realiza el último intento.

-Lo que pasa es que las pastillas te engordan.

- ¡No, eso es todo mito!- se apura a contestar la médica- Mirá, es re fácil, tomas una de estas por día y listo.

Más allá del desenlace y las particularidades de esta situación puntual, lo que puede verse en la sala con respecto a los MAC, es una experiencia que dista mucho de ser una consejería en la que se escuche a la mujer, se brinde información y se respeten sus decisiones; por el contrario lo que se observa es una práctica que le impone a la mujer lo que debe hacer, que le niega el acceso a la información y a sus derechos. A su vez vale la pena destacar que de las 13 mujeres que eligieron algún método anticonceptivo después de las consejerías que realizamos, 7 (o sea más de la mitad) eligieron métodos que no eran las pastillas orales de toma diaria. Lo que evidencia la importancia de la información para hacer accesibles todas las formas de cuidado, como así también, que el uso mayoritario de las pastillas diarias, es producto en parte de una imposición por parte de las instituciones sanitarias, sujeta fundamentalmente a la disponibilidad de recursos de fácil entrega y cierta desidia profesional y no a las voluntades e intereses de las mujeres.

Pasando a otro aspecto, la posibilidad de abordar situaciones posteriores a

la interrupción de un embarazo, nos llevó conocer de cerca las sensaciones y sentimientos que muchas mujeres experimentan en esos momentos. Sin intenciones de establecer generalidades, me propongo reflexionar sobre esto.

Entre los argumentos sostenidos por los detractores del aborto puede escucharse la percepción de que la práctica abortiva produce un trauma psíquico de efectos duraderos en todas las mujeres. En relación a esto, la psicóloga Silvia Scheider es categórica, “el llamado síndrome posaborto no existe. No está reconocido por la OMS como un evento traumático. No está reconocido por la Asociación Norteamericana de Psiquiatría que es quien elabora el manual de estadísticas y diagnóstico” (Schiade, 2015). “Es importante que las personas que trabajamos en salud mental seamos conscientes cómo daña la salud mental de cualquier ser humano que no se escuche su palabra” (Schiade, 2015). Un estudio realizado en Uruguay³ muestra cómo la ilegalidad del aborto y las representaciones sociales hegemónicas acerca de la maternidad determinan el mayor o menor grado de sufrimiento psíquico. Las autoras plantean que las significaciones que cada mujer le da al aborto no son homogéneas ni lineales, y de ellas dependen que la experiencia se viva como un evento crítico pero superable o como un drama que conmociona y desestabiliza su equilibrio psíquico.

En este sentido Ana María Fernández y Débora Tajer, nos proponen instalar tres fuertes alertas a los profesionales que trabajamos en esta problemática:

No *psicologizar* el análisis de la problemática suponiendo que los procesos subjetivos que una mujer puede desplegar frente a un aborto están referidos estrictamente a sus posicionamientos intrapsíquicos.

No *naturalizar* los sentimientos de culpa como inherentes a toda práctica abortiva.

No *confundir* el nivel de los derechos que deben garantizar las políticas públicas con los dilemas éticos que muchas mujeres pueden tener que dirimir frente a su decisión personal de abortar o no⁴.

Mi experiencia al respecto con el pasar por la sala y entrevistar a esas mujeres fue bastante en línea con estos últimos planteos. Las situaciones de las mujeres tenían sus particularidades, había abortos auto-inducidos con información, sin información, abortos espontáneos, embarazos deseados y no deseados, chicas adolescentes y mujeres adultas; sin embargo, si algo podía observarse en la mayoría de ellas, es que se sintieron muy sensibles pero aliviadas y tranquilas. En ningún caso se mostraban arrepentidas y en la totalidad de las situaciones estaban interesadas en encontrar formas de cuidado que las previnieran de pasar nuevamente por esto.

3 Carril Berro L., López Gómez A. Aborto y subjetividad. Un estudio uruguayo. Ponencia, IX Jornadas de actualización del Foro de Psicoanálisis y Género de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, 2009.

4 Ana María Fernández y Débora Tajer. Capítulo en el libro Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad. Compiladora: Susana Checa. Editorial Paidós. Buenos Aires, 2005.

Conclusiones finales

La realidad que se describió en el informe corresponde no sólo a un contexto particular, sino que en mayor o menor medida es un reflejo más general caracterizado por la idea de entender que los atropellos a los derechos humanos de las mujeres responden a circunstancias de índole cultural, de género, clase, etc. No pensamos que las relaciones entre las mujeres que asisten al hospital público y el personal que allí trabaja, se dé bajo el formato de víctima y victimario. Nuestra propia experiencia como trabajadores del hospital, nos muestra las dificultades y limitaciones que se afrontan al intentar brindar una atención saludable en las condiciones actuales: la enorme y constante demanda de atención, la falta de inversión, las dificultades de infraestructura, las malas condiciones laborales, la precariedad y falta de dispositivos de atención primaria de la salud, etc.

No obstante, pensamos que estas situaciones de violencia y avasallamiento de los derechos de las mujeres deben tomarse como un tema de suma importancia para transformarse. Es cierto que la violencia nos puede atravesar a todos y todas, pero no se puede justificar una violencia por la existencia de otra.

Como actores dentro del campo de la salud estamos inmersos en un conjunto de lógicas que nos condicionan y hasta determinan. Las estrategias de disciplinamiento y culpabilización hacia las mujeres que cuestionan el mandato de la maternidad, todavía impactan con mucha fuerza en la sociedad y se encarnan en las instituciones sanitarias, incluso poniendo en serio riesgo la vida y la salud integral de las mujeres. Sin embargo debemos tener en cuenta que como sujetos con un posicionamiento ético-político crítico, nuestra intervención siempre es productora de algo, y en ese sentido tenemos la responsabilidad de que ese algo, no sea una mera repetición de las lógicas de intervención hegemónicas.

A su vez, en el tema del aborto y los derechos sexuales y reproductivos especialmente, es necesario reconocerse parte un colectivo histórico que lleva adelante disputas en el conjunto de la sociedad y que, a lo largo del tiempo, va ampliando los límites de lo posible, incluso para nuestras intervenciones en el hospital.

Bibliografía

- Carril Berro L., López Gómez A. (2009) "Aborto y subjetividad. Un estudio uruguayo". Ponencia, IX Jornadas de actualización del Foro de Psicoanálisis y Género de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires.
- Chera S. (2012) "Diez ejes orientadores para la comunicación en Consejerías". En: De la investigación a la acción. Programa nacional de salud sexual y procreación responsable del Ministerio de Salud de la Nación.
- Carnabali M., Romero S. (2011 - 2013). "Informes de rotación". Servicio de Obstetricia HIGA Gral. San Martín de La Plata.
- Chejter S. (2011). "Violencia de género y reproducción. Violencia institucional: el sector salud". En: Seminario de acceso a la justicia reproductiva. Acquatint. Rosario.

- Documento de trabajo. (septiembre 2010). “Consejerías en salud sexual y salud reproductiva”. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires.
- Dirección de Estadística e Información de salud. “Estadísticas vitales”. (2007). Ministerio de Salud de la Nación.
- Dosso D. (2015). “Miradas integrales de la causal salud para la interrupción legal del embarazo”. FUSA. Buenos Aires.
- Dosso D (noviembre 2013.) “Consejería pre y post aborto. Efectos de la intervención en la salud integral de las mujeres atendidas en un centro de atención primaria de la salud de Buenos Aires”. FLACSO. Buenos Aires.
- Del Río Fortuna, Cynthia. (2008). “Anticoncepción quirúrgica y maternidad: (su) gestión en un servicio de obstetricia”. En: Tarducci Mónica, Maternidades en el Siglo XXI. Editorial Espacio. pág. 147. Buenos Aires.
- Fernández Ana María y Tajer, Débora. (2005). “Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad”. En: Susana Checa (comp). Editorial Paidós. Buenos Aires.
- García Jurado M, Aucía A, Arminchiadi, S y CHIAROTTI S, (2012). “Con todo al aire. Derechos humanos y salud reproductiva”. En: De la investigación a la acción. Programa nacional de salud sexual y procreación responsable del Ministerio de Salud de la Nación.
- Lopez Gomez, Alejandra (2016). “Profesionales de la salud y aborto: transiciones y disputas en Uruguay (2000- 2012)”. Athenea Digital.
- Ley Nacional N° 26.485 de Anticoncepción Quirúrgica (2006).
- Ministerio de Salud de la Nación (2009) “Guía para el mejoramiento de la atención post aborto”. Buenos Aires.
- Naciones Unidas (2009). Consejo de Derechos Humanos. Undécima Sesión.
- Pantelides E, Fernández S, Manselli H. (2006). “Estimación de la magnitud del aborto inducido. Informe presentado a la comisión de salud investigadora”. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires.
- Pecheny, M. y otros. (2012). “Ligadura y vasectomía: obstáculos para su accesibilidad en salud, sociedad y derechos”. En: Kornblit, Camarotti y Wald (compiladores). Ed. Teseo, págs. 315-338. Buenos Aires.
- Romero M, Zamberlin N y Gianni M C. (2010). “La calidad de la atención posaborto: un desafío para la salud pública y los derechos humanos”. En: revista Salud Colectiva. Buenos Aires
- Schiade S. (2015). “El síndrome posaborto no existe” Diario Jornada. Argentina.

Socorriendo a la interrupción legal del embarazo

Una experiencia de un hospital de Río Negro

Luciano Lozano¹

A.J.E y a Sol

Resumen

A continuación, problematizaré la causal salud a partir de la situación de J.E, una joven de 17 años que solicita una ILE, por afectación de su salud integral. Esta solicitud, pese a enmarcarse en los parámetros del protocolo nacional² y de la ley provincial³, tuvo obstáculos en el interior del hospital, resolviéndose por el accionar de las Socorristas.

Palabras claves

Trabajo social, interrupción legal del embarazo (ILE), socorristas, feminismo.

Desarrollo

La interrupción del embarazo o aborto, como práctica, no es algo nuevo para las mujeres pero si es novedoso su abordaje reglamentado desde las agencias del Estado. Y, como afirma Dosso (2017), en esta coyuntura histórica, para que las mujeres accedan a un aborto seguro, es necesaria la mediación profesional

¹ Licenciado en Trabajo Social, recibido en la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Profesionalmente me desempeñé nueve años en Florencio Varela y ocho años en el “Comité contra la tortura de la Comisión Provincial de la Memoria”. Actualmente me desempeño laboralmente en el Servicio Social de un hospital de la provincia de Río Negro - lucianolozano2004@yahoo.com.ar

² “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo” del Ministerio de Salud de la Nación.

³ El 1 de noviembre de 2012 fue promulgada la Ley Provincial N° 4796 que tiene por objeto la regulación y el control de la Atención Sanitaria en casos de abortos no punibles en la Provincia de Río Negro y en el año 2016 se aprobó la reglamentación de la misma.

⁴ante los datos alarmantes de mujeres afectadas por abortos clandestinos⁵.

En el Hospital, desde octubre de 2015 hasta mayo de 2018, según registros del Servicio Social, se han realizado aproximadamente 120 interrupciones legales del embarazo encuadradas en la causal de “afectación de la salud integral”.

Aquí, los criterios de los profesionales de los servicios de salud mental y servicio social son determinantes en la evaluación de dicha afectación para la posterior intervención médica que posibilite concretar la interrupción.

Los antecedentes normativos que dieron lugar a esta posibilidad tienen su origen en el código penal de 1921, con los permisos establecidos. La causal salud es uno de los supuestos de legalidad para el acceso a la interrupción del embarazo. En el caso argentino, este permiso se encuentra contemplado en el inciso I del artículo 86 del Código Penal. Sin embargo, como se desprende de la bibliografía, existen y han existido numerosos obstáculos para su efectiva implementación desde las agencias del Estado.

En nuestro país, en 2007, el Ministerio de Salud elaboró la “*Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles*”, buscando “definir medidas para reducir y eliminar las barreras para el acceso al aborto permitido por la ley”. Ésta fue actualizada en 2010 y en 2015, donde se considera la interrupción legal de un embarazo como un derecho de las mujeres y se incorpora por primera vez la salud mental, como causal para solicitar un aborto no punible. Esto se considera al tomar la salud como un concepto integral, de acuerdo a la definición de la OMS, que tiene tres dimensiones: **física, mental-emocional y social**.

En consonancia con lo dictado por la Corte Suprema de Justicia en el “caso F.A.L s/medida autosatisfactiva” donde se realizaron exhortaciones al gobierno nacional y a los gobiernos provinciales, en materia de protocolos, asistencia a las víctimas de violencia sexual, capacitaciones a funcionarios públicos respecto de los alcances del fallo y campañas de difusión. En la provincia de Río Negro, el 1 de noviembre de 2012 fue promulgada la Ley Provincial N° 4796 que tiene por objeto la regulación y el control de la **Atención Sanitaria** en casos de abortos no punibles en la Provincia de Río Negro y en el año 2016 se aprobó la reglamentación de la misma. Un artículo destacado es el 4° de esta ley “se entiende por riesgo para la salud integral, la sola posibilidad de afectación de la salud, en cualquiera de sus esferas: física, mental o social. No será necesaria la acreditación de una enfermedad, ni que el peligro sea de una intensidad determinada, bastando para determinar su encuadre como causal de no punibilidad para el aborto, la potencialidad de afectación de la salud integral de la mujer, conforme diagnósticos e informes de los profesionales tratantes.”

En el hospital local la concreción de esta posibilidad se plasmó en interven-

⁴ Esta afirmación podría ser objeto de debate si se considera a los grupos de mujeres organizadas que han facilitado y acompañado a mujeres que solicitan aborto, realizándolo de manera cuidada, segura y por fuera de las agencias del Estado.

⁵ Según datos de estadísticas hospitalarias del Ministerio de Salud de la Nación sobre el sistema público de salud, en 2011 se registraron 47.879 egresos hospitalarios por aborto en el país, de los cuales el 19% correspondió a mujeres menores de 20 años. En 2012 murieron en nuestro país 33 mujeres a causa de embarazos terminados en aborto. Dos de ellas eran adolescentes menores de 20 años y 7, jóvenes de entre 20 y 24 años (DEIS, 2013). En 2013, el 50% de las muertes por embarazo terminado en aborto correspondió a mujeres de 15 a 29 años, entre ellas nueve de adolescentes de 15 a 19 años (DEIS, 2014).

ciones de diferentes profesionales, servicios, capacitaciones y situaciones complejas. Se estableció un protocolo de actuación y un grupo denominado “grupo ILE” con reuniones mensuales y comunicación por whatsapp para coordinar la atención de personas y debatir futuras acciones. Desde resguardarse legalmente ante eventuales sucesos hasta cómo mejorar la práctica en sí. Dos situaciones influyeron fuertemente en este grupo y en el hospital en general, por un lado la condena a una médica residente por una intervención en una ILE en El Maitén y por otro lado la situación de J.E que solicitó una ILE promediando las 20 semanas en el hospital. Ambas situaciones se encuadraban en el tópico de afectación de la salud integral y los criterios psicosociales se vieron en el centro de la escena a la hora de justificar la posibilidad de la intervención.

La situación de J. E era de una clara vulnerabilidad social. En efecto, J. E de 17 años, cordobesa de nacimiento, pero criada en Mendoza. De adolescente vivió en un contexto de consumo problemático de sustancias, al igual que su madre, y estuvo en situación de calle. En diciembre de 2016, a los 17 años, se trasladó, con su hija de seis meses, a la provincia de Río Negro, a la casa de su padre, con quien no tenía trato. Con él tuvo una convivencia conflictiva, por lo que se mudó con su beba a la casa de un hombre mayor de edad, quien aceptó alojarlas en un barrio alejado y con barreras naturales (es un cerro) y políticas (el hospital no interviene en esta zona) que lo hacen inaccesible. No contaba con recursos económicos, ni percibía la AUH por ser menor de edad. Su escolaridad era de 4° año del secundario.

En el hospital local comenzamos a trabajar con ella, en enero de 2017, luego de que su padre, después de una pelea, le realizara una denuncia de averiguación de paradero y la policía la trajera para controlar su salud.

Estas y otras intervenciones pude plasmarlas en un informe dirigido al Ministerio de Salud de la provincia en julio de 2017, luego de las denuncias realizadas por el organismo de protección de derechos contra el personal del hospital, que obstaculizaron la solicitud de ILE. Estas denuncias motivaron que los profesionales intervinientes, entre los que me encontraba, realicemos un descargo sobre los hechos sucedidos. A continuación, presento los extractos salientes del informe:

“Mi intervención con J.E se inició el día 9/01/2016 al ser consultado por la médica de la guardia del Hospital, quien había detectado factores de riesgo. En el transcurso de esa fecha hasta la actualidad, desarrollé un seguimiento de la misma y de su niña con el objetivo de salvaguardar sus derechos. En pos de esta estrategia la cité regularmente al servicio social, articulé con la médica pediatra para la atención de la niña, realicé informes sociales solicitando leche maternizada, consulté en PID (protección integral de derechos de niñas, niños y adolescentes) por posibilidad de becas o subsidios y la contacté con el Centro Integrador Comunitario (CIC) para posibilidad de abordaje territorial. En relación a su madre, quien vive en Mendoza, J.E fue terminante en su deseo de no tener contacto con ella, situación que se revirtió en el último mes. Un episodio alarmante fue el suicidio del padre de su niña, ex pareja de J.E, acaecido en Mendoza. En varias oportunidades J.E desestimó la propuesta de tratamiento terapéutico. Asimismo J.E vivía en riesgo constante, dado que no tenía hogar fijo (vivió con su padre, luego con un “amigo” en la zona de Loma del Medio en una casa prestada sin servicios básicos)”⁶

⁶ Informe al Ministerio de Salud de la provincia de Río Negro en referencia a las intervenciones sobre J.E en el marco de su solicitud de ILE y los obstáculos institucionales. Julio del año 2017.

Como se describe anteriormente, la situación de J.E y su beba era de riesgo. En este contexto, J.E, solicita una ILE:

“(...)Las intervenciones específicas datan del mes de mayo, cuando la médica pediatra me refiere que en entrevista J.E habría comentado la posibilidad del embarazo. Me contacto con J.E quien afirma esa presunción, indicando que estaría de 5 (cinco) meses. Por este motivo se coordina con el CIC para que la médica le solicite los estudios correspondientes. Se realiza análisis clínicos el 17/05/2017 y se consiguió turno para ecografía el 20/05/2017 que arrojó un resultado de 20.5 semanas...””

Desde Servicio Social y el Servicio de Salud Mental habíamos evaluado la situación de J.E y de conformidad con la legislación vigente, concluimos que encuadraba en la causal salud del Código Penal de la Nación, de conformidad con el “Protocolo para la atención integral de personas con derecho a la interrupción legal del embarazo” del Ministerio de Salud de la Nación. Asimismo se habían contactado con el servicio social, integrantes de una organización feminista, quienes tendrían un lugar fundamental en la resolución de la ILE, las “socorristas en red”. Esta organización se define como “somos activistas feministas que armamos “Socorros Rosas”. Tomamos este nombre en clave genealógica, inspiradas ineludiblemente en los acompañamientos de las feministas de las décadas del ‘60 y del ‘70. En particular los de las italianas, pero también de las francesas y de las estadounidenses, quienes generaron espacios de consejerías y acompañamientos para mujeres que necesitaban practicarse un aborto desafiando así las imposiciones del heteropatriarcado. Activamos en distintas geografías de Argentina. Nos articulamos para pasar información y acompañar a mujeres que deciden abortar. Para que lo hagan de manera segura. Para que atraviesen esta decisión acompañadas y cuidadas. Mientras hacemos socorristos, aprendemos de y con las mujeres de la experiencia de abortar con misoprostol. Los tránsitos desde y con las corporalidades de esas mujeres que abortan se vuelven encarnadura para reflexionar y seguir produciendo argumentos renovados para la exigencia del derecho al aborto, nucleadas alrededor de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito”⁸.

La participación de esta organización fue desde el acompañamiento respetuoso a J.E y en el aporte constructivo a las agencias del Estado.

“El 23/05/2017 J.E concurre al Hospital acompañada por integrantes de una organización social⁹ (Socorristas) solicitando la ILE. Se le solicita una nueva ecografía que realiza en el Centro de imágenes (institución privada, dado que en el hospital no se encontraba el ecografista). Por lo cual junto a personal de Salud Mental y de acuerdo al protocolo del Hospital, nos entrevistamos con la médica de guardia y el director a cargo, quienes se contactan con el Hospital de Bariloche, donde les habrían respondido, que allí no harían la práctica por la edad gestacional mayor a 20 semanas. Frente a esta situación, nos comunicamos con las referentes provinciales (...). El director a cargo cita a J.E el 24/5/2017 para darle una respuesta. Ese mismo día, J.E viene acompañada por las integrantes de la organización y la abogada de PID. Se le realiza una nueva entrevista ampliatoria con otra colega donde se profundiza sobre los aspectos que le generan a J.E la decisión de interrumpir la

7 Ídem 5.

8 <http://socorristasenred.org/index.php/quienes-somos/>

9 La intervención de las Socorristas se da luego de que la madre de J.E les escribiera por facebook desde Mendoza, solicitándoles ayuda para su hija.

gesta, dado la afección de su salud integral...”¹⁰

Sin embargo, en este proceso, en coincidencia con la bibliografía disponible¹¹ surgieron dudas, debates y dificultades ante la solicitud de una interrupción del embarazo que encuadrara en el tópico de “afección a la salud integral” con predominancia de las dimensiones “psico-sociales”. Desde otras disciplinas, surgieron preguntas sobre los argumentos utilizados para dar cuenta de la dimensión de lo social que afectaría a la salud de las mujeres que solicitaran una ILE y en particular sobre J.E. Para estos argumentos, desde servicio social, la voz de la mujer cobra una importancia predominante. Por lo cual, esto me lleva a preguntar ¿Cuáles son los criterios utilizados por los diferentes profesionales para determinar la dimensión social de la salud y su afectación en una ILE? ¿Qué es lo social en la salud y cómo se justifica el acceso a un aborto? los cuestionamientos a los criterios de los/las profesionales de servicio social ¿Tienen que ver con el lugar subordinado de la disciplina frente a otras disciplinas “blindadas”¹²? ¿Tiene que ver dicho cuestionamiento porque aparece la voz de la mujer frente al discurso del modelo médico hegemónico? ¿Es por falencias propias de los registros y argumentaciones de ese servicio social?

Esta problemática implica el análisis del registro y evaluación que realizan las profesionales de servicio social para dar curso al pedido de ILE, donde operacionalizan la dimensión social de la salud en indicadores de riesgo. Que estos indicadores sean comprensibles, observables y finalmente aceptados por otras disciplinas, con diferentes corpus teóricos es parte de la dificultad que surge en el proceso.

Para que estos indicadores reflejen la dimensión social, la profesión dispone de diferentes instrumentos, pero dichas herramientas y la intervención profesional se verá atravesada por el lugar que ocupa socialmente. Por este motivo, resultan fundamentales los aportes teóricos de la vertiente crítica que desarrollan el surgimiento del servicio social como disciplina en el capitalismo monopolista. En efecto, el servicio social se constituye y conforma como una necesidad de este, estando atravesado por la contradicción de reproducirlo, buscando generar prácticas que aporten a la emancipación de las clases oprimidas. Siguiendo a Montañó (2009) el trabajo social en su génesis se constituye en el contexto del capitalismo monopolista y de la racionalidad positivista, situándose como profesión en el área socio-psicológica, siendo ésta aislada de las demás esferas de la realidad y caracterizando a la profesión por un quehacer asociado a la acción, la intervención inmediata, sin sentido crítico, ni posibilidad de comprensión. El trabajo social actúa en el marco de las políticas sociales (pensadas y ejecutadas por la racionalidad burguesa), que pulverizan y segmentan la realidad en cuestiones sociales o problemáticas. Así, el trabajador social rechaza acciones de largo plazo, de carácter estructural y reproduce una relación de demanda-emergente/ respuesta-inmediata, una lógica pragmática movido por la “pre-ocupación” (Kosik 1989) operando instrumentos, siendo finalmente instrumentalizado para la reproducción del sistema, que considera

¹⁰ Ídem 5.

¹¹ En el libro “Miradas integrales de la causal salud para Interrupción Legal del Embarazo” (2017) y en libro de Deza (2015) “¿Cómo realizarse un aborto en el hospital y no morir en el intento?” se describe los obstáculos ante este tipo de solicitud.

¹² Para Cazzaniga (2017) las disciplinas blindadas son aquellas a las cuales no se les cuestionan su corpus y supuestos teóricos y asimismo tienen una predominancia en el imaginario de una sociedad como portadores de “verdad”.

natural. Estos autores proponen el desafío de que frente a la minimización del Estado (Montaño, 1998) en sus respuestas a la pobreza estructural y la instrumentalización y re-filantropización del servicio social por parte del Estado, se desplieguen estrategias profesionales, que busquen un proyecto colectivo, interdisciplinario e intersectorial con las instituciones y organizaciones sociales, teniendo un “doble coraje” cívico e intelectual (Netto, 1996) orientado a la lucha y resistencia de la clase trabajadora desde una perspectiva crítica.

Desde servicio social, a nivel colectivo, se decide garantizar el cumplimiento del protocolo nacional, mientras la situación de J.E se fue agravando por las intervenciones de personal de otros servicios del hospital:

“Nos reunimos nuevamente con el director a cargo y las integrantes de la organización (Socorristas) y la abogada del PID, en tanto, la médica ginecóloga, le realiza un examen, donde J.E concurre sola. Luego del examen J.E vuelve a la reunión, donde le expresa al director a cargo que se había sentido mal en la consulta con la médica, dado que le había hecho “escuchar los latidos” de la gesta. Luego, en servicio social, J.E agrega que la médica también le dijo que “lo tuviera y diera en adopción” “yo te lo cuido”¹³. A todo esto, el Director le pide a J.E que no sea “maleducada” y agrega “acá estamos a favor de la vida. Estamos cuidando la vida de los tres: la tuya, la de tu beba y la de tu bebé”¹⁴. La referente de Socorristas le aclara que se trata de un feto, no de un bebé.

Es interesante ver en estos discursos, del director y la ginecóloga, otros aspectos que se entrelazan con la violación a las leyes establecidas y al claro mensaje patriarcal. Aquí lo que se cuestiona claramente es la dimensión social de la salud. Sobre la construcción, de la dimensión social de la causal “afectación de la salud integral” diversos autores toman lo desarrollado por la OMS en el 2002 en sus *determinantes de la salud*, como aquellas “*circunstancias sociales y económicas desfavorables que afectan la salud a lo largo de la vida (...) Causas materiales y psicológicas contribuyen con estas diferencias y sus efectos se extienden a casi todas las causas de enfermedades y muertes. Las desventajas pueden manifestarse de forma absoluta o relativa y la tendencia a concentrarse entre las mismas personas y sus efectos en la salud se acumulan durante toda la vida...*” En relación a esto, Dosso aporta que lo social “*se expresa en cada mujer singular en las relaciones cara a cara, en sus vínculos familiares, laborales, etc. Se deben observar las circunstancias particulares –físicas, emocionales, socio familiares– en que ese embarazo se produjo y las determinaciones que esas circunstancias le imponen a la mujer* (Dosso, 2017). En el libro de la agencia Andar¹⁵ “Causal Salud, Interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos” consideran a la dimensión social de la salud relacionado al “*bienestar social, cuya comprensión debe incorporar no sólo la idea de pobreza (entendida en forma amplia como algún tipo de privación, carencia o destitución –falta de «algo»–, un algo que es en sí moralmente relevante y objeto de política), sino también de la exclusión social (entendida básicamente como la incapacidad de una sociedad para distribuir ventajas materiales y oportunidades –básicamente trabajo y educación– a todos/as los ciudadanos, o de garantizar su integración social y política por la existencia de barreras*

¹³ Ídem 5.

¹⁴ Ídem 5.

¹⁵ La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y la Alianza Nacional por el Derecho a Decidir. Año 2008.

culturales o legales, por ejemplo) y la marginalidad (entendida como la presencia de una masa de población que está al margen del núcleo moderno de una sociedad)¹⁶. En tanto Bernabó, Berra y Kielmanovich (2017) ponderan que dentro del concepto de salud integral, de acuerdo a lo definido por la OMS, se considere a la condición socioeconómica, en tanto determinante de la salud de las personas y cómo puede llegar a afectar con la gestación de un embarazo. Asimismo estas autoras contemplan otros tópicos que encuadran dentro de la dimensión social de la salud, como situación educativa, laboral, vivienda, etc.

Al desarrollar la dimensión social de la salud, las autoras mencionadas, lo hacen en el contexto de la concepción de salud integral y en el marco del análisis de la solicitud de una interrupción legal del embarazo. Algunas de ellas, Bernabó, Berra y Kielmanovich (2017) consideran al aborto como la *expresión máxima de la emancipación biológica, psicológica y social de la mujer*, argumentando que (el aborto) rompe con las imposiciones del sistema patriarcal sobre la subjetividad y los cuerpos de las mujeres. En esta misma línea, Dosso (2017) refiere que una mujer en situación de aborto vive un sometimiento masivo que la implica corporal y subjetivamente. Faúndes reconoce en la molecularización de la vida introducida por la genética, uno de los fundamentos que utilizan los que se oponen al derecho al aborto, quienes refieren que *“el cigoto es ya una persona, dada su estructura genética, suelen subjetivar al embrión negando la operación política que efectúan, produciendo con esto un imaginario que separa a la mujer y al producto de la fecundación como dos sujetos objetivamente diferenciados”* (Faúndes, 2014, p. 4) otorgándole al embrión la cualidad de sujeto, susceptible de protección, invisibilizando a las mujeres, confiriendo, al cigoto, un estatus moral y jurídico equivalente al de una célula. En este sentido, podemos reconocer en el fallo F.A.L un ejemplo paradigmático cuando el Asesor General Subrogante de la Provincia y Asesor de Familia interpone recurso extraordinario ante la Corte Suprema de Justicia de la Nación, a favor del “niño por nacer”. Faúndes (2014) refiere que la biología es un discurso sobre el cuerpo que viene, en este caso, a negar a otros discursos, relegando a las mujeres al lugar de meros contenedores, responsables penalmente de garantizar la vida de ese embrión subjetivado. Y agrega que la operación de subjetivar a un embrión, *“(…) vuelve sospechosa la autonomía de las mujeres, su capacidad para decidir, evocando el antiguo sistema patriarcal de distribución desigual del poder (...) Así, bajo la apariencia de objetividad científica, se instituye una forma de tutela sobre los cuerpos y las subjetividades de las mujeres”* (Faúndes, 2014, p.5).

La intervención de las socorristas y la abogada de PID cuestionan estas prácticas y las dilaciones injustificadas. J.E reitera su decisión de solicitar la interrupción del embarazo, argumentando que de no realizarse la práctica, ella lo interrumpiría sola frente a la negativa que se vislumbraba hasta ese momento por parte del sistema de salud pública. En el hospital local sólo se garantizaban ILEs hasta las 12 semanas de gestación, por motivos sanitarios. Esto es reiterado por el director del hospital, agregando que el protocolo interno del Hospital de Bariloche es hasta las 20 semanas de gestación. El director no responde nada acerca de los motivos que justificarían dicho límite. Desde servicio social, junto a la abogada del PID y las socorristas se solicita una respuesta urgente acerca de la realización de la práctica. El Director reitera que cuando las autoridades de Ministerio se comunicaran, volvería a convocar.

¹⁶ Ídem 8. Pág. 144.

Como se describe anteriormente, es clara la violación y los obstáculos a la solicitud de ILE, esto genera una reunión de urgencia.

“(...) El 24/05/2017 por la tarde noche nos reunimos desde servicio social con el director a cargo, la jefa de salud mental, la jefa de clínica y la médica ginecóloga. En la misma se repasan los acontecimientos, le indico a la médica ginecóloga que no debería haberle dicho eso a J.E, que no correspondía y que la evaluación psicosocial había sido realizada por profesionales en la materia...”¹⁷

Puedo agregar que en estas intervenciones, donde la ginecóloga se arroga el derecho de opinar y maltratar a J.E hay un trasfondo donde se generan situaciones que tensionan la subordinación histórica de la profesión con respecto a otras profesiones que entran en disputa, situación que no se da en las solicitudes de ILE encuadradas en el peligro de salud física de la mujer (Bernabó, Berra y Kielmanovich; 2017). Un tópico para indagar es el porqué de esto. Si bien la definición de la OMS sobre salud, “*como un estado de pleno bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad*” está vigente desde 1948 y los permisos establecidos en el Código Penal para acceder a un aborto en Argentina, datan de 1921, la posibilidad de una interrupción legal del embarazo enmarcada en el tópico de “afectación de la salud integral” presenta dificultades. Aquí, el discurso de otras disciplinas suelen operar en el descrédito del conocimiento social relacionado a cuestiones morales, siendo señalado en numerosas situaciones que los argumentos desde servicio social son “políticos” y no “técnicos”. El descrédito del conocimiento que proviene desde el trabajo social a la hora de evaluar la afectación de la salud integral, puede reconocer varias aristas. Cazzaniga (2017) y Danani (2006) refieren que cada disciplina responde a una pregunta inicial, y en el trabajo social, la pregunta por las condiciones de vida, materiales, simbólicas, de cierta población, grupo, familia o persona, en determinado contexto, constituye dicha pregunta. Esta pregunta puede convertirse en un cuestionamiento a un determinado orden social establecido al desnaturalizar las condiciones materiales de existencia. El discurso del trabajo social, se erige como un relato centrado en las descripciones de las condiciones de vida y la defensa de los derechos humanos. Para muchas profesionales, tal lo afirma el Código de Ética del Colegio de la provincia de Buenos Aires, “*el Trabajador Social profesional tiene como misión el compromiso con los demás, lo cual debe primar sobre cualquier otro interés o ideología particular. Debe contribuir con su accionar democrático, a la plena vigencia de los Derechos Humanos*”.

Sin embargo, esta búsqueda se encuentra atravesada por lo que afirma Danani (1993) “*una posición de subordinación relativa a partir de una fuerte tendencia a la rutinización de la práctica profesional que consagra “la no posesión de capacidad de dominio sobre las condiciones de trabajo”*” y lo que advierte Alayon (1975) “*hay que evitar caer en la ‘desprofesionalización’ como eventual resultante de la ‘sobre politización’, y a la vez impedir también la ‘despolitización’ como expresión de la ‘sobreprofesionalización’*”. Hay cierto riesgos de intervenciones mecanicistas y este discurso puede erigirse en declamativo, abstracto y normativo, al apelar a la estructura social como fundamento de la opresión y al incumplimiento de las leyes como garantes de los derechos humanos. Karen Healy (2015) en su trabajo desarrolla el potencial de las perspectiva crítica y los límites, sobre estos últimos, señala que “*es sorprendente que, mientras que los trabajadores sociales activistas fustigan el trabajo social ortodoxo y se muestran profundamente*

¹⁷ Ídem 5.

autocríticos sobre sus propias relaciones con los consumidores de servicios sociales, sigue en pie una "confianza asombrosa" en el potencial emancipador de los modelos críticos de práctica (Rojek y cols., 1988, Pág. 55)" y cuestiona la categoría de "verdades objetivas e indiscutibles que han alcanzado estas teorías" y cita a autores que han tratado de "...combatir la tiranía potencial de la postura crítica mediante la incorporación de una postura de reflexión sobre sí mismo del investigador o profesional (Karen Heady, 2015: 52). En el potencial de la perspectiva crítica y de las profesionales de servicio social, se destaca su esfuerzo por "poner voz a los que no tienen voz" (Mallardi, 2011) por buscar la desnaturalización y a la problematización de la situación por parte de la entrevistada con el objetivo de "...reconstruir a partir del diálogo cómo esa situación que aparenta ser aislada y propia de ese sujeto encuentra sus causas en la totalidad en la cual se desarrolla"¹⁸.

En este proceso, desde servicio social y salud mental se intenta cumplir la solicitud de ILE y en esa reunión de trabajo, desde las autoridades del hospital se observa una clara intencionalidad de generar dilaciones en la resolución del pedido, en un contexto donde J.E se encontraba por ingresar a las 22 semanas, fecha límite de acuerdo al protocolo nacional.

"...el director a cargo refiere que no tiene aún respuesta sobre el hospital donde J.E se haría la práctica. Ese mismo día elevo informe social para PID solicitando medidas de protección para J.E en lo referente a un acompañamiento integral"¹⁹

Frente a las dilaciones, la referente de las socorristas consulta a la "Red nacional de profesionales por el derecho a decidir" donde obtiene el contacto con una médica ginecóloga que se desempeña en el Hospital de la provincia de Chubut, ubicada a 180 km. del Hospital de Río Negro. La profesional evaluó que correspondía garantizar la práctica, ofreciendo realizarla en dicho hospital, proponiendo que J.E se internara el viernes 26 de mayo a las 9 horas, solicitando copia de la historia clínica, y que desde el hospital local se garantizara la medicación para la interrupción. Desde el PID garantizan los recursos: el alojamiento de J.E y su beba en un hogar a partir del 25 de mayo a la tarde; el traslado de J.E al Hospital de Chubut el día 26 de mayo a las 7 horas en vehículo oficial; la permanencia de la beba en el Hogar perteneciente a la Secretaría de Niñez y Familia mientras J.E permaneciera en Esquel.

Por la tarde se coordina desde servicio social del hospital, referente de socorristas y PID cuestiones operativas, donde se entrega copia de la historia clínica. Desde el Ministerio de Río Negro a esa altura aún la situación no se había resuelto. Finalmente, se confirma como resultado de las gestiones de PID, servicio social, socorristas, que el hospital local aportaría la medicación para que se realizara la práctica y la ambulancia para el regreso.

Finalmente en la madrugada del día 27 de mayo, alrededor de las 3 de la mañana J.E llegó al hogar trasladada por la ambulancia ya con el procedimiento médico realizado de manera exitosa. En los días siguientes, J.E insistió en su deseo de denunciar la situación vivida por el maltrato en el hospital, por lo cual la abogada del PID realizó los procedimientos indicados.

¹⁸ Mallardi. La Entrevista en Trabajo Social. Aproximaciones a un objeto polilógico. Aportes táctico-operativos a los procesos de intervención del Trabajo Social. Lugar: Tandil; Año: 2011; p. 7.

¹⁹ Ídem 5.

Conclusión y debates abiertos

La participación de las socorristas permitió que se concretice una práctica legal, consolidando las intervenciones desde servicio social y salud mental, en coordinación con el PID. En este mismo constructo argumental, Daich y Tarducci (2012) afirman la importancia de la política feminista al presentar la problemática del aborto como parte de un derecho colectivo frente a la *opresión estructural y sistemática, a la heterosexualidad obligatoria devenida en maternidad compulsiva*.

En la situación de J.E los argumentos legales y la militancia feminista lograron la posibilidad de la ILE. Sin embargo, las autoras citadas realizan una interesante advertencia sobre la importancia de disputar las conceptualizaciones del derecho sin apelar al discurso jurídico “...puesto que, como señala Smart (1995), la apelación a los derechos puede ser contrarrestada por la apelación a derechos que compiten (el derecho del feto vs. el derecho de la mujer) y la adquisición de derechos en un área puede dar la falsa impresión de que una diferencia de poder ha sido resuelta. Así, de lo que se trata, finalmente, es de desafiar el poder denominador del derecho e insistir en la legitimidad de otros discursos, como el feminista.” (Daich y Tarducci, 2012: 10)

Esta definición es importante porque suele ser parte de los fundamentos discursivos que operan en torno a la práctica de ILE por parte de profesionales y personal de salud, Szulik, y Zamberlin (2017) en su trabajo sobre “Trayectorias profesionales de médicos y médicas proveedores de interrupción legal del embarazo en Argentina” rescatan el testimonio de profesionales que describen a la formación médica en relación al aborto como biológica y punitivista y a las prácticas médicas en general como de “*silenciamiento e invisibilización de las causales de aborto legal y de acatamiento de las condiciones institucionales contrarias a los derechos de las mujeres*.” (Szulik y Zamberlin. 2017: 14) En tanto Dosso (2017) advierte sobre las prácticas profesionales que ponen a la mujer en el lugar de *desviada, deudora y, como consecuencia, objeto del poder de otros*.

Actualmente J.E se encuentra estudiando, buscando trabajo y aún sin domicilio estable para ella y su pequeña hija, las intervenciones de las agencias del Estado han sido insuficientes en la actualidad para garantizar una mejor calidad de vida.

Su situación de vulneración de derechos fue parte de uno de los relatos que presentaron las socorristas en el Congreso de la Nación en el debate por la interrupción voluntaria del embarazo.

Bibliografía

- Daich y Tarducci. (2012) “Aborto legal, una deuda de la democracia. Aportes para una historia de la lucha por la despenalización y legalización del aborto en argentina”.
- Deza. (2015) “¿Cómo realizarse un aborto en el hospital y no morir en el intento?”
- Dosso D. (2017) “Miradas integrales de la causal salud para la interrupción legal del embarazo”. Libro de ensayos FUSA.
- Fáundes J. (2014) “La valoración de la vida, la subjetivación del embrión y el

- debate sobre el aborto: aportes desde una perspectiva crítica”.
- Guber. (2004) “El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo”. PAIDÓS. Buenos Aires.
- Healy K. (2015) “Trabajo social: perspectivas contemporáneas”.
- Informe al Ministerio de Salud de la provincia de Río Negro (2017). En referencia a las intervenciones sobre J.E en el marco de su solicitud de ILE y los obstáculos institucionales.
- Iamamoto, M. Y Carvalho, R. (1984). “Relaciones sociales y Trabajo Social”. Editorial CELATS, Lima.
- Mesa por la vida y la salud de las mujeres y la alianza nacional por el derecho a decidir. (2008)
- Libro de Ensayos FUSA. (2017). “Miradas integrales de la causal salud para interrupción legal del embarazo”.
- Mallardi (2011) “La entrevista en Trabajo Social: aproximaciones a un objeto polilógico. Aportes táctico-operativos a los procesos de intervención del Trabajo Social”. Tandil.
- Netto, J. P. (1997) “Capitalismo monopolista y servicio social”. Cortez Editora, San Pablo.
- Peirano, M. (1997). “Antropología política, ciencia política e antropología da política”. En: Três ensaios breves. Série Antropologia 231. Universidad de Brasilia.
- Quirós J. (2006) “Cruzando la Sarmiento. Una etnografía sobre piqueteros en la trama social del sur del Gran Buenos Aires”. Centro de Antropología Social, Instituto de Desarrollo Económico y Social; Editorial Antropofagia. Buenos Aires.
- Quirós J. (2011). El porqué de los que van. Peronistas y piqueteros en el Gran Buenos Aires (una antropología de la política vivida). Editorial Antropofagia.
- Szulik, y Zamberlin (2017). “Trayectorias profesionales de médicos y médicas proveedores de interrupción legal del embarazo en Argentina”. En: boletín de la federación latinoamericana de sociedades de obstetricia y ginecología (flasog) Volumen 5. Número 3, ISSN: 2304-7585

Parte 2.

Experiencias de organización colectiva: feminismos y disidencias sexuales

- 58** **Existencias disidentes, construcciones diversas: una experiencia de organización colectiva** - Laura Sampietro y Angela Zangara
- 70** **Experiencia de la Colectiva Feminista de Chaves y su vinculación con el Trabajo Social** - Sandra Valenzuela y Aynara Balbuena

Existencias disidentes, construcciones diversas: una experiencia de organización colectiva

Laura Sampietro¹

Angela Zangara²

Resumen

El presente artículo pretende transmitir la experiencia de organización del colectivo Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales (LGBT) como efecto del funcionamiento del “Consultorio Amigable Chivilcoy”, espacio interdisciplinario dedicado al abordaje integral de la salud del colectivo de la diversidad sexual, en el marco legal y normativo vigente en nuestro país. Esta transmisión se fundamenta en la necesidad de sensibilizar a la sociedad sobre la temática.

Palabras claves

Consultorio amigable – Diversidad sexual – Marco legal – Salud integral – Organización colectiva

1 Lic. en Trabajo Social. Experiencia profesional desarrollada en el campo de la “Atención Primaria de la Salud” (APS), con un recorrido en trabajo comunitario desde la perspectiva de la salud colectiva (proyectos vinculados a género e interculturalidad, habiendo coordinado proyectos con comunidades originarias en el Impenetrable Chaqueño). Posgrado en Salud Social y Comunitaria y Certificación Universitaria en Gestión Interdisciplinaria de Servicios Latinoamericanos de APS; Maestranda en Trabajo Social en la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires- Facultad de Ciencias Humanas (UNICEN-FCH). Integrante del Equipo de Supervisión del Colegio de Trabajo Social Distrito Mercedes. Trabajadora Social del “Consultorio Amigable Chivilcoy”. Mail: laura_sampietro@hotmail.com

2 Lic. y Prof. en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Ex residente del Hospital Mario V. Larrain de Berisso. Egresada distinguida de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP), por las carreras de Licenciatura y Profesorado en Psicología. Adscripta Graduada de la cátedra de Psicoterapia II, de la Licenciatura en Psicología (2011-2014). Psicóloga del Consultorio Amigable Chivilcoy. Mail: angelazangara@hotmail.com

El presente artículo tiene por objetivo transmitir la experiencia que viene desarrollando el Consultorio Amigable Chivilcoy (CACH), espacio interdisciplinario dedicado al abordaje integral de la salud del colectivo de la diversidad sexual de la ciudad y la zona, el cual se funda en una perspectiva de derechos sostenida por el marco legal vigente en nuestro país. Como efecto del trabajo realizado desde el CACH, se ha gestado un proceso de organización del colectivo LGBTIQ+³ que viene fortaleciéndose en su autonomía relativa con el espacio de salud; efecto sobre el cual se hace hincapié en este artículo.

El objetivo de transmisión de esta experiencia es coherente con la convicción de que la producción de procesos saludables en sujetxs disidentes, debe ir necesariamente acompañada de actividades deconcentización y sensibilización sobre la temática, dentro de las cuales la elaboración del presente artículo encuentra su lugar.

¿De qué hablamos cuando hablamos de diversidad sexual?

El campo de las diversidades sexuales visibiliza la existencia de múltiples sexualidades, entendiendo a las mismas como un complejo entramado de elementos de distinto orden: biológico, psicológico, cultural, histórico, legal, religioso. Las sexualidades, en su multiplicidad, abarcan aspectos relativos a los cuerpos, sexos, géneros, identidades, roles, orientaciones sexuales, placer, erotismo, intimidad, reproducción.

Con sólo nombrar dichos aspectos, se explicita que las diversidades sexuales dan cuenta de profundas transformaciones en los modos de subjetivación contemporáneos que hacen estallar las categorías construidas por el orden sexual moderno (Fernández, Siqueira Peres, 2013), orden construido a partir de poner la sexualidad en el centro de la producción subjetiva, reduciendo, a su vez, la sexualidad, a la diferencia anatómica y a la construcción discursiva que se opera a partir de esa diferencia.

Vale decir que, la Modernidad, que organiza la vida social en instituciones que disciplinan, dentro de las cuáles la familia es la institución primaria, necesitó crear el tipo subjetivo capaz de habitar dichas instituciones. Para ello, organizó a los seres humanos a partir de la bipartición anatómica, pretendidamente biológica, invisibilizando que la noción misma de sexo es, desde el comienzo, normativa: funciona como norma performativa, porque a la vez que regula, produce los cuerpos que gobierna (Butler, 2002). Desde entonces, a partir de una diferencia sexual marcada como una diferencia material, se construye una operatoria según la cual, a cada sexo, le corresponde distintas expectativas que abarcan, no sólo cómo comportarse, sino además cómo sentir. Se produce, así, una amalgama entre sexo biológico, género y prácticas eróticas y amatorias en identidades masculinas o femeninas que aseguran ese orden sexual moderno. Lógica binaria que fija dos posiciones no sólo diferentes, sino además, desiguales, porque jerarquiza. La operatoria se completa con la patologización de todas aquellas sexualidades que, por alguna razón, no se ajustan a este orden: cuerpos intersex, identidades

³ Algunxs activistas agregaron el signo "+", dando cuenta de la constante ampliación de la sigla, lo cual refleja la insuficiencia del lenguaje para terminar de abarcar las transformaciones en curso y que obligan al esfuerzo constante de una nueva nominación.

trans u orientaciones sexuales homoeróticas que tienen vedados el acceso a las instituciones modernas, a no ser tras un proceso correctivo que “normalice” dichas situaciones. A toda esta construcción suele denominársela, también, sistema patriarcal cis y heteronormativo y las diversidades sexuales establecen una disidencia con dicho paradigma al que cuestionan y hacen desquiciar.

En la actualidad, estamos frente a nuevas construcciones socio-históricas y culturales que fracturan el orden sexual moderno, producen un desfundamiento de las instituciones y obligan a la construcción de una lógica de la diversidad (Laplanche, 1988) que reconozca que las existencias pueden desenvolverse no sólo en dos, sino en *n* posibilidades, en un movimiento que, al mismo tiempo que-despatologice la disidencia, permita la comprensión de las mutaciones en curso.

En nuestro país, además, el reconocimiento de esas diversidades está legalmente asumido, en la medida en que la Ley N° 26.618 de Matrimonio Igualitario de 2010 y la Ley N° 26.743 de Identidad de Género de 2012 son el marco normativo que reconocen la lucha sostenida por años por el colectivo LGBT y que suponen el acceso a derechos, antes vedados.

La ley del matrimonio igualitario tuvo como aspecto nuclear la redacción de una frase que fue agregada en el Código Civil de la siguiente forma: “el matrimonio tendrá los mismos requisitos y efectos, con independencia que los contrayentes sean del mismo o de diferente sexo.” (Podríamos interrogar si de lo que se trata es del sexo o del género, si consideramos que, en general, el sexo queda asociado a la biología del cuerpo, mientras que lo que determina los enlaces homo u heteroerótico está más relacionado con los emplazamientos identitarios de quienes entran en relación) Las demás modificaciones se desprenden de ésta. Se reemplaza “hombre y mujer” por “contrayentes”, “padre y madre” por el genérico “padres” y “marido y mujer” por “unidos en matrimonio”. La Ley también supuso un ordenamiento en la inscripción de lxs hijxs de matrimonio igualitario. Posteriormente, en 2012, la entonces presidente, firmó el decreto de necesidad y urgencia (DNU N° 1.006) que permite acceder a los mismos derechos a los hijxs nacidxs antes de la sanción de la Ley.

Por su parte, La ley de identidad de género supone un paradigma despatologizante, desjudicializante y desestigmatizante, en la medida en que estipula que travestis, transexuales, transgéneros y hombres y mujeres trans tienen derecho a que se reconozca su identidad de género autopercebida y a recibir un trato digno. Reconoce el derecho humano fundamental de toda persona al reconocimiento de su identidad de género, a ser tratada de acuerdo a ella, al libre desarrollo de su persona y a poder realizar el cambio registral. En ningún caso se pueden exigir como condición una intervención quirúrgica, terapias hormonales u otro tratamiento psicológico o médico; lo que hace de la ley una de las más avanzadas a nivel mundial. La crítica que podría hacerse es que, en lo que respecta al cambio registral, sigue reduciendo las posibilidades a dos, negando la lucha de algunos sectores del colectivo, que pugnaban por incorporar, junto a la F y la M, la T, como tercer casillero.

Esto se acompaña con otras leyes, como la Ley N° 26.150 de Educación Sexual Integral, Ley N° 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ley N° 26.862 de Reproducción Asistida. Este marco legal debe ir acompañado de un trabajo de transformación cultural que haga efectivo los derechos garantizados por ley.

La pluralidad de posicionamientos identitarios y enlaces eróticos y amorosos produce un estallido de las pretensiones normativizantes y clasificatorias de los dispositivos tradicionales. Ante la angustia del desconocimiento y la perturbación de las certezas celosamente establecidas, los procedimientos de segregación ofrecen un resguardo defensivo y materializan una operatoria desubjetivante (Blestcher, 2015). En el terreno de las profesiones de la salud, esto implica el desafío de revisar los marcos teóricos y clínicos con los que se abordan estas situaciones, para evitar caer en posiciones abroqueladas en prejuicios que sólo se traducen en intervenciones violentas, productoras de sufrimiento y absolutamente paralizantes frente a la posibilidad de trabajar con las diversidades sexuales.

Una presentación del CACH...

Chivilcoy es una ciudad del centro oeste de la Provincia de Buenos Aires, ubicada a una distancia de 160 kilómetros de la Capital Federal. De acuerdo con el Censo Nacional del año 2010 la población alcanza una cifra de 64.185 habitantes.

El sistema de salud de la ciudad tiene una configuración mixta, siendo que el sector público está conformado por la Secretaria de Salud, del Municipio de Chivilcoy, de la cual depende la Dirección del Hospital Municipal, la Dirección de Atención Primaria de la Salud (que tiene a su cargo 9 Centros de Atención Primaria de la Salud urbanos y 6 rurales), y el CACH.

Éste es un espacio de salud integral, inclusivo con la diversidad sexual y de género que surge en el mes de marzo del año 2014, a partir del análisis de situación de salud y diagnóstico realizado desde la Dirección de Atención Primaria de la Ciudad de Chivilcoy, en relación al acceso a la salud integral del colectivo de la diversidad, en la ciudad y las comunidades vecinas. En el mismo consta que, en particular la comunidad trans femenina, presentaba dificultades en el acceso al sistema público de salud, que tenían que ver con irregularidades en el cumplimiento de la ley de identidad de género. La misma *“establece el derecho de todas las personas a que se reconozca y respete su identidad de género, al libre desarrollo personal conforme a esa identidad autopercebida, y a ser tratadas e identificadas de acuerdo a esta, en los instrumentos que acreditan su identidad. En el campo de la salud, la ley garantiza el pleno acceso de todas las personas a la atención integral, desde una perspectiva de derechos, lo que obliga a la eliminación de cualquier tipo de enfoque patologizador.”* (PNSSyPR, 2015. Pág. 46)

En este sentido, el CACH tiene por objeto garantizar el acceso al derecho a la salud, siendo su propósito contribuir a la construcción de un sistema de salud inclusivo, amigable con la diversidad sexual, en el marco del pleno cumplimiento de la ley de identidad de género. Contribuye a la construcción de un modelo de atención que contemple el trabajo de acompañamiento, reconocimiento y fortalecimiento de la autonomía de las personas, en un marco de confianza y respeto en lugar de la crítica y la exclusión que imperó históricamente. Si bien la apuesta es a que todo el sistema de salud en su conjunto sea amigable, el armado de estos consultorios inclusivos son, por un lado, la transición hacia esa apuesta (y que, en ese sentido, en algún momento podría perder consistencia, si todo el sistema fuese inclusivo); pero, además, son dispositivos de intervención pensados desde el concepto de equidad en el acceso pleno al derecho a la salud, en la medida en que, ante la desigualdad de oportunidades, debe haber protección especial a aquellos

grupos poblacionales particularmente vulnerables, dentro de los cuales podemos ubicar al colectivo de la diversidad sexual y fundamentalmente las personas trans. En tal sentido, se trata de una política que, en principio desde el Estado, contribuya a reivindicar derechos históricamente vedados a una comunidad atravesada por la sistemática vulneración de los mismos y la exclusión generalizada.

El CACH es uno de los primeros consultorios que surgen en Argentina y que perdura en el tiempo, no tanto por el apoyo de las políticas públicas, sino, fundamentalmente, por el compromiso de lxs concurrentes, que se apropian y hacen uso del mismo. Dicho espacio funciona en un Centro Integrador Comunitario de la ciudad; siendo su ubicación y horario definidos de manera estratégica, tendiente a favorecer el acceso de todo el colectivo, superando obstáculos frecuentes que se les presentan en cualquier otro servicio.

A su vez, está coordinado por un equipo de salud interdisciplinario, conformado por una enfermera profesional, dos licenciadxs en psicología, un médico generalista y una licenciada en trabajo social. Cabe destacar, además, que la enfermera del equipo es una mujer trans, referente del colectivo, por lo que es el nexa por el cual han llegado muchxs de lxs concurrentes del espacio.

¿Por qué un Consultorio Inclusivo?: Situación socio sanitaria del colectivo

Como se menciona anteriormente, el CACH surge como una necesidad en la ciudad, que se desprende del análisis de la situación socio-sanitaria del colectivo en la Argentina. Si bien no existen datos oficiales al respecto, las asociaciones del colectivo lograron realizar un análisis de dicha situación, que da cuenta de las condiciones concretas de existencia de esta parte de la población, y que refleja las múltiples y sistemáticas exclusiones, así como la histórica vulneración de derechos del colectivo trans; en una sociedad que está fuertemente arraigada en criterios heteronormativos y en la que aún pesa la mirada estigmatizante sobre las disidencias sexuales. Si bien es cierto que Argentina tiene una legislación de avanzada en la materia, con la sanción de la ley de matrimonio igualitario primero, y luego con la ley de identidad de género, que reconoce el derecho a ser de las personas trans y que implican sin dudas un cambio de paradigma en materia de géneros; se entiende que los cambios culturales conllevan otros tiempos y procesos, y no se dan en paralelo con el surgimiento de estas herramientas legales. Sino que las mismas son instrumentos de suma importancia que acompañan las luchas y reivindicaciones del colectivo, y que posibilitan transitar un cambio de perspectiva social y cultural. Las leyes son necesarias pero no por sí mismas suficientes para la garantía de derechos; es decir, la ley no garantiza per se el cambio de mirada social y colectiva en relación a la diversidad, pero sí reconoce, legitima, resguarda y acompaña los procesos de transformación histórico social en relación a esta temática.

Ahora bien, retomando la complejidad de la situación socio sanitaria de la población trans en el país, los datos mencionados reflejan condiciones de notoria desigualdad en relación con la población en general y que alejan a la población trans de condiciones dignas de vida; colocando más precisamente a las mujeres trans en

situación de extrema vulnerabilidad, expresada en el promedio de vida de éstas, que a diferencia del resto de la población Argentina (75 años), es de 35 a 40 años. Este alarmante dato, en realidad traduce las constantes situaciones de injusticia que atraviesa dicho colectivo. Discriminación y violencia sufridas desde la primera infancia, con familias que no sólo no logran ver y escuchar, sino que cuando lo hacen, desde los atravesamientos impuestos por una sociedad patriarcal y machista que patologiza las identidades diversas, suelen violentar y excluir, comenzando desde allí un encadenamiento de violencias, determinantes en las trayectorias de vida. Luego, las diferentes instituciones que con el afán de “normalizar” las vidas y las prácticas, reproducen esta lógica, desde el no reconocimiento, la sanción y el “desalojo” de aquellas otrxs que transitan vivencias diferentes a lo “esperado” por la sociedad. La escuela, el sistema de salud, el sistema laboral, con sus prácticas expulsivas, dejan a merced de “la suerte” a todas aquellas personas que no se adaptan a lo instituido. Es así que la norma para el colectivo LGBT, más acentuadamente para la población trans, termina siendo la discontinuidad en la escuela (utilizar el término deserción escolar equivaldría a culpabilizar a las propias víctimas de este sistema que las excluye desde el momento que comienzan a expresar la disidencia); los constantes obstáculos para acceder y/o permanecer en un sistema de salud/atención, que generalmente empuja a las prácticas domésticas de restitución de la salud, o la utilización de métodos que implican un alto riesgo de vida, para acceder a las modificaciones corporales (inyecciones de aceites industriales, mal llamada silicona líquida), en pos de alcanzar ese cuerpo femenino deseado, que responde a las presiones de los estereotipos sociales en relación a la corporalidad de la mujer.

Por otro lado, la negación sistemática de derechos, termina obstaculizando toda posibilidad de desarrollo de una vida saludable. Esto también ocurre en el aspecto laboral, con puertas que se cierran, o lo que es peor que nunca se abren, por no responder a los estándares de lo esperado. Como resultado, muchas mujeres trans concluyen expuestas a situaciones de prostitución, de explotación sexual, objetivados sus cuerpos, violentadas sus vidas, invisibilizados sus deseos y proyectos.

Todo esto, sustenta la necesidad de pensar un espacio institucional que aloje la problemática del colectivo LGBT en general, y de la población trans en particular.

Principios fundantes y estrategias de intervención

Así el consultorio inclusivo, es una propuesta de salud integral, fundada en la lógica de “atención primaria de la salud”. Entendiendo ésta en su integralidad, como un proceso en el que confluyen múltiples determinantes y factores sociales, históricos y culturales. Pero por sobre todo, anclado en una perspectiva que contempla la salud como un derecho humano fundamental.

Planteado de esta manera, se basa en principios tales como:

- Interdisciplina ante la necesidad de que confluyan distintas miradas y especificidades profesionales y la construcción de un trabajo en equipo que enriquezca el aporte en el abordaje de la temática. Frente al desafío que implica la construcción de un sistema de salud que supere las viejas prácticas segregatorias, la interdisciplina es el

único posicionamiento que permite reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina y la multireferencialidad teórica en el abordaje de los problemas. *“En su base está la transformación de las formas de representar el pensamiento científico y su relación con las prácticas que sólo puede comprenderse en el contexto de las transformaciones y las crisis de un largo período. En ese mismo contexto se produjeron simultáneamente cambios en las formas de representarse la salud y la enfermedad (...)”* (Stolkiner, 2005. Pág. 1).

- Intersectorialidad, ya que es impostergable el trabajo con otros sectores para poder abordar la problemática que atraviesa al colectivo desde todos los factores que están en constante interacción. Resulta impensable la consolidación de procesos saludables sino es acompañado del pleno ejercicio de los derechos, como por ejemplo, a la educación y al trabajo. Por tal razón, se vuelve necesario el armado de redes con otrxs actores institucionales y comunitarios que permitan ampliar el espacio de lo posible (Rovere, Tamargo, 2005), para sostener y fortalecer la construcción subjetiva singular y colectiva que realizan lxs sujetxs de la disidencia.
- Abordaje territorial, con un profundo anclaje en lo comunitario, teniendo como premisa fundamental la promoción de la salud y el fortalecimiento del colectivo, favoreciendo la participación, para el ejercicio de derechos. Resaltando que la intervención en el marco de este espacio de salud particular, surge de las problemáticas, necesidades y realidades singulares del colectivo al cual está dirigido. En tal sentido, se entiende que la participación en una herramienta para el empoderamiento singular y colectivo, siempre y cuando se trate de una participación crítica, es decir, no una adhesión de lxs sujetxs, sin reflexión consciente, a un lazo fusional que borre la singularidad de sus miembros, sino, por el contrario, sostener la unión en lo diverso, único modo de lograr la continuidad de la participación una vez que ésta ha sido lograda. (Ferullo de Parajón, 2006).

En relación a la estrategia de intervención del CACH, se pueden resaltar cuatro ejes principales, planificados de manera estratégica.

- Individual: centrado en la construcción de un vínculo de cercanía y confianza con cada concurrente/participante del espacio, que favorezca la continuidad en la atención y el pleno acceso a la salud. Es así que se garantiza las consultas y atenciones individuales, brindando acompañamiento en tratamiento de hormonización, consejerías pre y post testeos de VIH, acompañamiento en transición de procesos identitarios, contacto con las personas del colectivo en su cotidianidad.
- Grupal: lo que se caracteriza por dos esferas. Por un lado la reconstrucción de la “sala de espera” a ser atendidxs, resignificando la espera, que suele tener una connotación pasiva, en un espacio de talleres grupales, con dinámica participativa que acontece semana a semana abordando temáticas de interés del colectivo, y que posibilita el intercambio y aprendizajes compar-

tidos. Como así también procesos de participación, organización y planificación. Por otro lado, el abordaje familiar, con un acompañamiento y promoción de la reflexión crítica en relación a la diversidad; deconstruyendo ese modelo patologizante que atraviesa muchas veces los vínculos primarios, y que impide a las familias alojar, contener y acompañar a quien comienza a manifestar su disidencia sexual y de género.

- Intersectorial: conformación, fortalecimiento y sostén de redes con otros actores interinstitucionales e intersectoriales, en cuyo permanente enlace se puedan abordar las distintas problemáticas que atraviesa al colectivo LGBT, camino a la construcción de dispositivos tendientes a favorecer el acceso.
- Comunitario: espacios de **promoción sobre diversidad sexual**, género y de **visibilización** y sensibilización en relación a la problemática del colectivo LGBT, y de la población trans en particular. Que favorezcan la socialización de la ley de identidad de **género, como la participación activa del colectivo en la comunidad.**

Sobre el proceso...

En la síntesis de cuatro años de trabajo, historizar el recorrido posibilita vislumbrar los avances en materia de derechos del colectivo LGBT. En un intento de sintetizar algunos logros alcanzados, se pueden recortar los siguientes aspectos:

- Acceso de la comunidad trans a tratamiento de hormonización supervisado desde el espacio del CACH; el mismo es gratuito (en articulación con el Programa de Salud Sexual, y de diversas gestiones en el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación); asimismo el logro del reconocimiento y cobertura de las obras sociales. De esta manera, y a través de un abordaje interdisciplinario se realiza un acompañamiento en el proceso de transformación.
- Paulatinamente, y producto de una efectiva estrategia de visibilización, se logra una concurrencia numerosa de personas del colectivo de la diversidad, que acuden al espacio por diversas demandas ya sea para atenciones con los profesionales del equipo, como participación en actividades y talleres, o en los diferentes eventos y jornadas llevadas a cabo por el CACH. Se resalta que son aproximadamente cien lxs concurrentes que han transitado el espacio, siendo del total 47 mujeres trans y 13 hombres trans. Resaltándose que parte de estos son residentes de ciudades vecinas que concurren al espacio del CACH, por ser referente en la región.
- Articulación con el segundo nivel de atención, facilitando el acceso a laboratorio y diversos servicios de atención del hospital.
- Realización de testeos rápidos de diagnóstico de VIH, con consejerías pre y pos test.

- Difusión continúa de la ley de identidad de género, de manera de generar herramientas en el colectivo LGBT para el ejercicio de sus derechos ciudadanos.
- Por otro lado, cabe resaltar que se han realizado al momento cuatro marchas en conmemoración al “Día del Orgullo LGBT”. Se ha logrado contar con el apoyo de instituciones municipales de la ciudad, de los medios de comunicación, y de organizaciones sociales de base, con una gran convocatoria y presencia de la comunidad toda.
- En la conmemoración de los cinco años de sanción de la ley de matrimonio igualitario, se inauguró un mural en una plazoleta ubicada en el centro de la ciudad. Dicho mural es producto de una construcción colectiva.
- Elaboración colectiva de material de promoción (folleto), como una herramienta para socializar conceptos sobre diversidad y la misión del CACH.
- ley de derecho de admisión y permanencia. Se aborda la misma, debido a que su errónea aplicación, ha excluido al colectivo de diversidad de algunos espacios de esparcimiento, en los que se alegaba el cumplimiento de la misma, cuando en realidad se regían por criterios de discriminación. Por lo tanto se elabora folleto para socializar la ley, el cual sirve como guía para colectivos de otras localidades que vivenciaban estas situaciones de discriminación.
- Articulación con diversas áreas municipales, como por ejemplo Secretaria de Producción y Desarrollo Social, favoreciendo el acceso a empleo y/o micro emprendimientos. Como así también acompañamiento en gestión e integración de concurrentes en espacios de terminalidad educativa y/o estudios terciarios.
- Acompañamiento por parte del equipo técnico de los procesos identitarios individuales, de transformación, de cambio de identidad, siendo testigos del impacto que las leyes tienen sobre la realidad de las personas, cuando contribuyen a que estas sean reconocidas y tratadas de acuerdo a su identidad autopercibida.

Es importante mencionar que el CACH fue constituyéndose como un espacio de referencia en diferentes escalas, realizando trabajos de capacitación en la materia en distintas áreas y niveles, a saber:

- Capacitación a todos los equipos de salud del primer nivel de atención, lo que repercute notablemente en la calidad de atención y en la disminución de las barreras de acceso de la comunidad trans (visualizándose en la actualidad la concurrencia de integrantes del colectivo a los distintos centros de salud para consultas o diversas atenciones a la salud integral).
- Capacitaciones en las escuelas, con grupos de niños y adolescentes. Esta estrategia, ha permitido abordar un tema importante en materia de inclusión del colectivo, como lo son las INFANCIAS Y ADOLESCENCIAS TRANS. La participación del CACH en escuelas posibilita

el acercamiento de adolescentes en pleno proceso de transformación, acompañando de manera integral los procesos identitarios y de activa inclusión en espacios familiares e institucionales.

- Capacitación al personal de diversas instituciones, como Comisaría de la Mujer y la Familia, Concejo Deliberante, entre otras; incluso estudiantes de varias carreras terciarias y universitarias, han realizado prácticas pre profesionales, participando activamente en las actividades que brinda el CACH.
- Capacitación para profesionales de la salud de distintos puntos del país. Lxs mismxs han solicitado rotar por Chivilcoy, conocer el funcionamiento y modalidad de trabajo de este espacio de salud integral, con el objetivo de dotarse de herramientas para establecer consultorios inclusivos en otras provincias. Recibiendo la visita de profesionales rotantes de Misiones, Jujuy, Tucumán, Río Negro, San Luis, Entre Ríos, Salta y de docentes investigadores de la Ley de Identidad de Género de Suiza.
- Participación y disertación del CACH (concurrentes y equipo técnico) en tres oportunidades, del “Congreso de Medicina General de la provincia” con su experiencia como aporte a la salud pública; y participación en la elaboración de la “guía para la atención de la salud integral trans” del Ministerio de Salud de la Nación.
- Presentación en la categoría relato de experiencia en el Congreso Nacional de Medicina General, en la ciudad de Bariloche en el año 2016, obteniendo primer premio.

En todo el intenso camino transitado, se entiende que este dispositivo de intervención ha significado un impacto en trayectorias de vida y en la constitución de la subjetividad de cada sujetx, y del colectivo en sí mismo. Este logra trascender la esfera de lo individual, empezando a conformar un sentido de “nosotrxs”.

Puede pensarse el proceso en términos de crecimiento, en el cual logran identificarse etapas que se van desarrollando de una manera cronológica.

En principio, un período de constitución del espacio, que se vincula más a la convocatoria, al acercamiento, y la conformación del mismo, con una fuerte impronta de una estrategia de visibilización, no sólo para el conjunto de la sociedad, sino para el interior de un colectivo que hasta entonces se caracterizaba por la fragmentación y la distancia.

El correr del tiempo, la profundización de la propuesta, el trabajo con continuidad, en contacto permanente y cercano, posibilita que las personas del colectivo comiencen a dar cuenta de todos aquellos aspectos que los convocan en una misma lucha, en contra de la discriminación y la exclusión, y en favor de la restitución de derechos. Esto da lugar a una consolidación del espacio, instituido no sólo en el ámbito formal de lo institucional, sino al interior del colectivo y la comunidad toda. Se aproximan así a un sentido de pertenencia, a un fortalecimiento de un nosotrxs que trascienda las diferencias implícitas en las letras (LGBT).

Este proceso, que no es sin obstáculos y avatares, propios de la vida de todo agrupamiento y conformación de equipos de trabajo, continúa en constante movimiento. Si bien los contextos de cambios a nivel político e institucional en principio se plantearon como una dificultad y amenaza de continuidad del CACH, la organización colectiva permitió sostener la importancia y consistencia del mismo desde una apropiación activa, convirtiéndolo en un espacio de resistencia y en una motivación continua para lxs profesionales del equipo.

En el último tiempo, se asiste a la concreción de algunas conquistas, fruto de la clara movilización del colectivo, que ha adquirido autonomía relativa respecto del espacio CACH como institución de salud. En tal sentido, cabe mencionar que se logra la conformación de dos organizaciones civiles en la ciudad. Por un lado, se gestiona la representación de la Asociación de Travestis, Transexuales, y Transgéneros de Argentina (ATTTA), una organización con trayectoria nacional y latinoamericana en defensa de los derechos del mismo. Actualmente cuenta con dos coordinadorxs, unx representando al colectivo trans femenino, y otrx al colectivo trans masculino. Ambxs concurrentes del espacio del CACH. También se logra contar con representante local para la Federación LGBT. Portavoces de ambas organizaciones participaron del documental “ser quien soy” y una muestra fotográfica, recientemente estrenadas en la ciudad de Chivilcoy, con una importante concurrencia de la sociedad en conjunto.

Además, producto del trabajo sostenido de ATTTA, se logra, en noviembre de 2016, la aprobación por unanimidad de los diferentes bloques del Concejo Deliberante de Chivilcoy, de la ordenanza del “cupo laboral trans”, que significa una reparación histórica, que permitirá el acceso al trabajo digno de este colectivo excluido sistemáticamente del ámbito laboral, que lxs colocaba en un lugar de vulnerabilidad y riesgo.

Por último, es interesante mencionar que, en los últimos eventos de visibilización y concientización, el colectivo empieza a tomar a su cargo la organización y el armado, relevando el protagonismo que tenía el equipo del CACH en un inicio, lo cual permite dar cuenta del fortalecimiento, a nivel individual y colectivo.

Palabras finales

A lo largo del presente artículo, se realizó una descripción y conceptualización de la experiencia llevada adelante por el CACH, como espacio de salud integral para el abordaje de la diversidad sexual, en un intento de hacer efectivo el cumplimiento de las leyes que promueven la ampliación de derechos al colectivo LGBT, históricamente excluido y estigmatizado. El objetivo de esta transmisión es avanzar en materia de sensibilización en la temática, para acompañar un proceso de fortalecimiento de la autonomía singular y colectiva de lxs sujetxs de la disidencia.

Sabiendo que son palabras finales de este escrito, queda claro que no hay nada de final, no sólo porque aún son insospechados los alcances de las mutaciones histórico sociales que se están atravesando, sino además, porque los procesos de revisión de los marcos referenciales de lxs profesionales de la salud son constantes, así como también es continuo el aprendizaje y la construcción de nuevas conceptualizaciones y armados interdisciplinarios.

Bibliografía

- Blestcher, F. (2009). "Las nuevas subjetividades ponen en crisis viejas teorías: resistencias y trastornos del Psicoanálisis frente a la diversidad sexual". <http://agendadelasmujeres.com.ar/index2.php?id=3¬a=7910>].
- Blestcher, F. (2015). "Sexualidades diversas y síntomas de la solución paterna". En: revista Actualidad Psicológica, Año XL, N° 447.
- Butler, J. (2002). "Cuerpos que importan", Paidós. Buenos Aires.
- Fernández, A. M. (2007). "Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidades". Biblos. Buenos Aires.
- Fernández, A. M.; Siqueira Pérez, W. (edits.) (2013). "La diferencia desquiciada. Géneros y diversidades sexuales". Biblos. Buenos Aires.
- Ferullo de Parajón, A. G. (2006). "El triángulo de las tres P: Psicología, Participación y Poder". Paidós. Buenos Aires.
- Laplanche, J. (1988). "Castración. Simbolizaciones. Problemáticas II". Amorrortu. Buenos Aires.
- Lewrowicz, I. (2004). "Pensar sin Estado: la subjetividad en la era de la fluidez". Paidós. Buenos Aires.
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (2015). "Guía Argentina inclusiva". [http://www.minagri.gob.ar/sitio/_pdf/Guia%20Argentina%20Inclusiva.pdf].
- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR). (2015). "Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud". [<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000696cnt-guia-equipos-atencion-Salud%20integral-personas-trans.pdf>].
- Róvere, M. y Tamargo, M. (2005). "Redes y coaliciones o cómo ampliar el espacio de lo posible". Universidad de San Andrés, Buenos Aires.
- Stolkiner, A. (2005). "Interdisciplina y Salud Mental". [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/stolkiner_interdisciplina_salud_mental.pdf].

Leyes

- Identidad de Género. Ley 26743/12. Boletín Oficial N° 32404 (24-05-2012).
- Educación Sexual Integral. Ley 26150. Boletín Oficial N° 31017 (24-10-2006).
- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ley 25673/02. Boletín Oficial N° 30032 (22-11-2002). Matrimonio civil. Ley 26618/10. Boletín Oficial N° 31949 (22-07-2010).
- Reproducción medicamente asistida. Ley 26862/13. Boletín Oficial N°32667 (26-06-2013).

Experiencia de la Colectiva Feminista de Cháves y su vinculación con el Trabajo Social

Sandra Valenzuela¹

Aynara Balbuena²

Compañeras colectivas³

Resumen

Este artículo intenta construir, relacionando teoría y práctica, un aporte para pensar las articulaciones entre Feminismo, Trabajo Social, Patriarcado y Capitalismo al tiempo que nos permite identificar desafíos, y repensar las estrategias de acción futuras. También aporta a la intervención profesional la visión de los cambios culturales y políticos actuales desde la mirada de nuestra militancia.

Palabras claves

Colectiva – Feminismo – Trabajo social – Patriarcado – Capitalismo

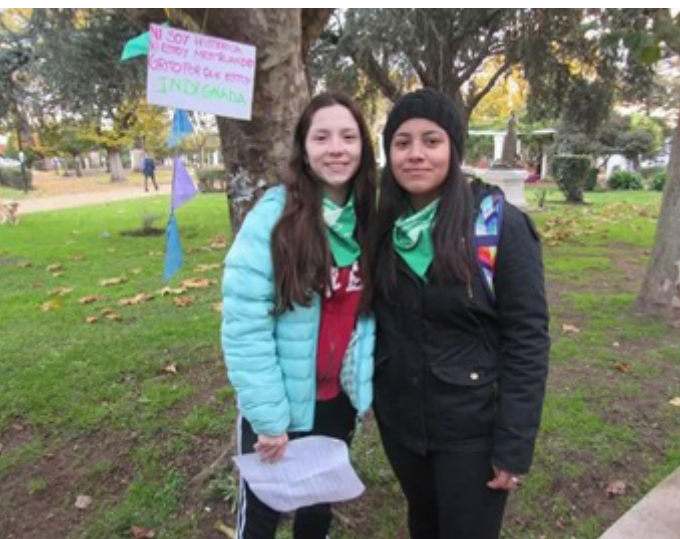
1 Licenciada en Trabajo Social- Matrícula 10475- Cargos: Escuela Especial n°501 - Equipo Distrital de Inclusión- Adolfo Gonzales Chaves sandrivalenzuela@hotmail.com. Casi 30 años de profesión en escuelas públicas de Buenos Aires, Rio Negro y Neuquén, con experiencia en resistencia y militancia sindical, política, social y feminista. Orgullosamente independiente y en crecimiento.

2 (Bebi)- Estudiante 4to año de la Tecnicatura Superior en Trabajo Social del Instituto Superior de Formación Docente y Técnica n° 33 de Tres Arroyos aynarabalbuena4391@gmail.com Trabajadora del hogar, mamá, militante activa feminista, desocupada, independiente partidariamente, soñadora, lo personal es siempre político.

3 Juli, Cele, Sole, Andre, Silvi, Lau, Tama, María, Marina, Mari, Olga x2, Mana, Fabi, Cris, Palo, Dai, Ale x2, Vicky, Joha, Mela x2, Oppi, Flor, Marti, Mara, Ana, Claudia, Coqui.

Introducción a la experiencia y contextualización

El presente artículo intentará dar cuenta de una construcción vivencial de la Colectiva Feminista⁴ en Adolfo Gonzales Chaves. Esto dentro de un contexto macro de una tercer ola del feminismo y de políticas públicas que permiten pensar en un avance en materia de derechos de la mujer y reivindicaciones que aún mantenemos en banderas, consignas y luchas para un futuro con igualdad de género.



También y como parte de nuestra identidad, intentamos desde La Colectiva continuar, profundizar y sumar reclamos de otros movimientos sociales y reivindicativos sobre derechos humanos, derechos del colectivo LGTTT-BI, reclamos de los sectores trabajadores de la sociedad, entre otros. Esta característica se genera a raíz de la escasa movilización de nuestro pueblo ante la avanzada de la derecha en la región latinoamericana y nacional con la consecuente pérdida sistemática de derechos y profundización de la desigualdad. Los sectores llamados “progresistas” de nuestro pueblo están identificados con militancias partidarias que recién en este momento coyuntural de tratado de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, por diputades y próximamente por el senado, y por nuestra

presencia de hace ya un año y medio, comienzan a acercarse a los planteos y reclamos que el feminismo acarrea desde hace décadas.

Nos resulta difícil recortar el relato a uno de los ejes, dado que atraviesa a todos los propuestos por el equipo coordinador, por lo cual el situarnos dentro de “experiencias de organización colectiva: movimientos de mujeres, feministas, LGTTBI” nos permitirá mostrar la articulación con el resto, sin que nuestra experiencia pierda protagonismo en alguno de los grandes e importantes debates.

La transversalidad y horizontalidad son dos de los aspectos que hacen de nuestra Colectiva, además del contexto local con sus singularidades, un espacio único que se plantea la profundización de todas las consignas que nos convocan a las calles y que tomamos como banderas. Discutimos las estrategias, pensamos las posibilidades, visibilizamos obstáculos, buscamos aliades, nos juntamos con otras, nos abrazamos, nos miramos, a veces caemos, nos levantamos y seguimos, pensando que las emociones son políticas, sin negarlas

⁴ A lo largo del artículo iremos usando lenguajes inclusivos diferentes que es el que circula entre las diferentes compañeras que integran la experiencia de la Colectiva Feminista. Utilizamos todEs o todXs y también utilizamos palabras como cuerpA, colectivA, grupA. Entendemos que el lenguaje surge de lo social, es una construcción atravesada por intereses, conflictos, lucha de fuerzas, diferentes actores y actrices, por lo que debe estar en permanente dinámica. El feminismo es una deconstrucción permanente de todo y el lenguaje es parte del proceso. “El reforzamiento de los valores sociales hegemónicos se efectúa a través del lenguaje, describen las revueltas en las páginas de este libre. La batalla contra esos valores hegemónicos patriarcales ha venido adquiriendo distintas formas en el plano de la escritura... Creemos que esa diversidad de registros, lejos de confundir, enriquecerá las lecturas, naturalizando el uso variado de formas feministas de resistencia, también en el uso del lenguaje.” (Korol, 2016).

y construyendo y deconstruyendo con ellas, formas de vivir.

Transversalidad y diversidad se presenta como otro dúo que permite pensar a cada compañera dentro de la gruba como persona individual, atravesada por una historia particular, con contextos compartidos, gobiernos sufridos en conjunto, gobernantes discutidos. Algunas con miradas optimistas, otras con más críticas, pero sin perder de vista qué nos une, contra quién peleamos, qué sistema social queremos y nuestra clara tendencia a la acción como mejor fortaleza.

“El feminismo que nos nuclea ha sido forjado por muchas manos, actuaciones y sueños. Gracias a quienes han obrado antes que nosotras podemos hoy saber lo que queremos y lo que no. La autonomía feminista no tiene un único inicio. Su genealogía se construye en el antes y el después, en la historia pasada y en los actos y elecciones que hacemos en el día a día. La utopía se construye en nuestro presente, se nutre de cada uno de los actos individuales y colectivos en donde somos capaces de generar, a partir de lo ya hecho, nuestra propia idea del mundo y las prácticas y los principios necesarios para transformarlo. Nuestra autonomía feminista es una postura ante el mundo más que un legajo unívoco de preceptos. La autonomía no se alimenta de dogmas ni mandatos, porque ella escapa a toda regulación y a todo intento de sustraernos de nuestra singularidad y responsabilidad

como sujetas históricas comprometidas con otras formas del hacer y del estar en lo íntimo, lo privado y lo público. La multiplicidad de experiencias que nos atraviesan —a las que nos hemos reunido aquí— dan muestra de lo que hablamos. Hemos llegado por diferentes vías a este espacio-vida de la autonomía feminista. Algunas más tarde, otras más temprano, algunas por laberintos que nos perdieron por un tiempo... hasta que... el caldo de la crítica sobre el mundo y sobre nosotras mismas cuajó y nos atravesó como un rayo. Así, de las formas más insospechadas y gra-

cias a la experiencia acumulada, hemos podido hacer una crítica radical y madura no sólo del mundo en que vivimos, sino también de la política necesaria para cambiarlo. Reconocemos esta multiplicidad de experiencias-saberes como uno de nuestros mayores potenciales, a la vez que reconocemos con tesón las producciones y actuaciones que nos unifican. Coincidimos en unos mínimos comunes que son los que nos hacen sentir convocadas y contenidas por el posicionamiento político que convenimos en nombrar como Feminismo Autónomo.” (Encuentro Feminista Autónomo, 2014: 164).



El Patriarcado se va a caer, gritamos, y esa frase nos lleva a posiciones pro-

fundas ya que entendemos la necesidad de marcos teóricos desde donde poder plantear debates. Patriarcado y capitalismo, relaciones de desigualdad, de género y de clase, que generan dolores sociales de los más variados tipos, dolores a sanar, son los enemigos a enfrentar.

Momentos históricos en los que parece que nos enfrentamos entre mujeres y entre personas pertenecientes a la clase trabajadora, momentos en los que

quienes tienen el poder económico, político y comunicacional del Capital, logran desviar las discusiones, ocultando la realidad, que aún estando ahí, es difícil poder analizar en su complejidad.

Entendemos que la tendencia es mundial, que el capitalismo en su reestructuración, necesita sobreexplotar a los países dependientes, necesita lograr superlucros a expensas del sufrimiento de las mayorías generadoras de riquezas para esos pocos dueños del poder. Y entendemos que la figura de la mujer como reproductora

del trabajador, con trabajos invisibilizados y no pagos, continúa siendo parte de ese engranaje que sirve de sostén al sistema. Por ello afirmamos que LA REVOLUCIÓN SERÁ FEMINISTA O NO SERÁ, porque es la estructura patriarcal en el sistema capitalista la que permite y da cuerpo a la opresión por parte del oprimido. Pero, sin ser pesimistas, entendemos que son múltiples las luchas desde lo cotidiano individual y colectivo que se da frente a esto. La clase trabajadora y los sectores vulnerados, mujeres, niños, cuerpos disidentes, trabajadores y desempleados, nos permitimos resistir, crear alternativas, exigir y reclamar al Estado como responsable de que nuestras vidas seas dignas y libres.

“A pesar de la correlación entre las formas de sociabilidad del Capital y la difusión de la igualdad formal entre las personas, la dominación patriarcal parece insistir decididamente en nuestras sociedades... Precisamente, el feminismo marxista de Roswitha Scholz permite interpretar esta tenaz persistencia de la dominación sobre las mujeres, mostrando que no se trata de una rémora del pasado, sino que el capital genera una forma de patriarcado que le es característica. Roswitha Scholz, partiendo a su vez de los planteos de Frigga Haug y articulándolos con la crítica del valor, sostiene que el capitalismo es una forma históricamente específica del patriarcado, al que le podemos llamar “patriarcado productor de mercancías”.” (Martín, 2015: 63).

“La constitución de la lógica “abstracta”, anónima y cuasi-objetiva de dominación en el capitalismo, que puede vincularse con la universal proclamación de la igualdad formal en la modernidad, sin embargo, se monta sobre una forma específicamente capitalista de



dominación patriarcal. Esta dominación se estructura a partir de la “escisión del valor”, que masculiniza y jerarquiza el trabajo asalariado al tiempo que feminiza y desvaloriza las actividades reproductivas... El capitalismo se construye sobre una división patriarcal de las actividades humanas, que asocia el trabajo creador de calor masculino (y a una serie de valores socialmente masculinizados, como la eficiencia, la competitividad, la agresividad); al tiempo que degrada y feminiza las actividades reproductivas, que aportan de manera indirecta a la reproducción del capital y se asocian a una serie de valores considerados femeninos, como el cuidado, la ternura, el afecto o incluso la irracionalidad. El capitalismo así puede ser considerado como productor de mercancías que erige un completo proyecto civilizatorio de dominación masculina.” (Martín, 2015: 64).

“En los actuales tiempos “posmodernos”, por caso, las mujeres se ven sometidas a una “doble socialización”: al tiempo que siguen siendo responsables de los cuidados y las actividades reproductivas en el hogar, participan también del trabajo asalariado fuera de casa. Esto no cuestiona la raíz de las relaciones de género capitalistas, sino que las flexibiliza en un marco que no altera las bases formales de la escisión del valor estructural” (Martín, 2015: 65).

Cabe resaltar, para complejizar la situación de sobrecarga laboral, que sumamos la militancia como una tercera jornada, que hace de nuestras realidades como mujeres días interminables con exigencias sociales impuestas, que queremos modificar.

Es por todo ello que entendemos a la desigualdad de género en dialéctica relación con la sociedad capitalista, al mismo tiempo que entendemos que implica una vinculación estrecha con aspectos sociales, económicos, políticos y culturales. Estos pueden encontrarse en cada aspecto de la vida cotidiana, como en las estructuras invisibles que las sostienen y a las cuales buscamos interpelar, resistir, y transformar. Con batallas ganadas en lo cultural y avances logrados con la lucha en las calles, en las redes. En la educación y en el mundo del trabajo, pero también con injusticias y muertes.

Y así fue, que con todas estas ideas desorganizadas, en diferentes cuerpos individuales, una tarde de verano, en Adolfo Gonzales Chaves surge la idea de encontrarnos rostro a rostro, entre miedos, dudas, incertidumbres, ansias, para la organización del 8M, que creíamos indispensable para empezar a pensar, lo que sin intensión clara, llamaríamos el feminismo en Chaves. (¿O sí?).

“Desde estas bases y recorridos múltiples, hoy podemos sostener que el Feminismo Autónomo es una propuesta ética, política y de transformación del mundo todo desde las mujeres, para nosotras mismas y para toda la humanidad. La autonomía es sobre todo, y siempre, un acto de profunda disidencia contra toda lógica de dominio, es contra-hegemónica, es relacional. Nuestro pensamiento busca desarticular las cárceles de los paradigmas hegemónicos, todos ellos patriarcales, occidentales y capitalistas, que son capaces de mantener el pensamiento dentro del límite de la utilidad.” (Encuentro Feminista Autónomo, 2014: 165).

En el inicio del recorrido no imaginamos, que un año después nuestra colectiva tuviera tantos logros e impacto en el nivel comunitario, así como grupal e individual de quienes integramos esta grupa, este espacio.

No es casualidad que, a la luz de los fragmentos teóricos mencionados y el contexto global de lucha feminista, nuestra identidad se desarrollara desde “mujeres auto-convocadas” a “Colectiva Feminista” con consignas que claramente indican que pertenecemos al gran movimiento contemporáneo denominado la tercera ola feminista.

“Somos la oscuridad y la barbarie del proyecto moderno, somos fuente de energía alternativa, amamos la noche y la usamos para rearticular razón, pasión y poesía, hace tanto tiempo separadas. Nuestros corazones laten al ritmo del universo, estamos aquí, somos nuestros pasos, somos lo que hacemos con lo que nos han hecho. Nuestros cuerpos no nos condenan, ellos son el resultado de los experimentos de la razón, han sido flagelados, colonizados, empobrecidos, racializados, generados, heterosexualizados..., pero ¡ay!, nuestra voluntad, igual que nuestro amor, es grande. Una inagotable energía nos conforma, nos reestablece, nos resguarda. El aliento nos llega desde tiempos remotos, el aliento nos llega del encuentro con otras. Somos pasado, presente y porvenir, todo en un mismo y amplio espacio, ese espacio en permanente construcción, en permanente cambio, en donde accionamos, creamos y activamos nuestros sueños de hacer de este, otro mundo.” (Encuentro Feminista Autónomo, 2014: 169)

“A pesar del desencanto del que buscan contagiarnos como enfermedad terminal, hay un movimiento que crece como conciencia histórica, que se “encuerpa” desde la memoria y cambia – nos cambia – la vida cotidiana, los modos de estar en el mundo, de ser y de crear. Son colectivos que se van multiplicando entre las mujeres y las disidencias sexuales, que asumen al feminismo como un modo de

desafiar las múltiples opresiones producidas por el capitalismo colonial y patriarcal. Son feminismos nacidos en las luchas del pueblo, feminismos indígenas, campesinos, de trabajadoras de doble y triple jornada. Feminismos de sujetas no sujetadas, que se organizan para responder colectivamente a los desafíos de la sobrevivencia... Se trata de feminismos que hacen y defienden, que cuidan y critican, que son parte y que cuestionan las revoluciones socialistas y anti-patriarcales... Feminismos que se levantan desde nuestros territorios cueros y territorios tierras, y revolución

lucionan las revoluciones ganadas y perdidas. Feminismos en revolución.” (Korol, 2016: 15-16)



La grupa que se describe en esta experiencia está integrada por alrededor de treinta mujeres de entre 13 a 62 años, de trayectorias y formaciones diversas, de posiciones políticas partidarias diferentes, elecciones sexuales y de género distintas.

Variables que enriquecen la dinámica de construcción de la identidad común, y en constante revisión y cambio, de esta colectiva.

El contexto social local se puede enmarcar en una población de ocho mil habitantes, con una economía regional agro-exportadora, un gobierno municipal que ingresa por Frente Para la Victoria y se mantiene en la línea de Unidad Ciudadana, con una escasa producción agroindustrial y un alto nivel de empleo público, precariedad laboral y desempleo.

Las mujeres en esta población tienen a cargo, casi en su totalidad, la crianza de sus hijos y el cuidado de adultos mayores, además de la reproducción de la vida doméstica, y un gran sector además, realiza alguna labor remunerada fuera o dentro de sus hogares, lo cual muestra una sobrecarga histórica de jornadas interminables de trabajo femenino. Los hombres por su parte cuentan con el permiso social para deportes y salidas recreativas, con escasa responsabilidad en una crianza presente de los hijos y en relación, con trabajos remunerados y mejores pagos. Ello sin desconocer la alta desocupación o precarización laboral que se da en los sectores más vulnerables de la población, en los que la mujer cuenta con aún más desventajas que los hombres del mismo sector.

Los índices de violencia de género, que si bien no son públicos, generados a partir del conocimiento de situaciones y/o acompañamientos a mujeres víctimas, dan muestra de una clara problemática, aunque no por ello la que mayor respuesta encuentra por parte del Estado responsable/irresponsable.

También entendemos, que la violencia de género es la parte, quizás más dramática, de la estructura desigual y que:

“desde el enfoque de derechos humanos para reflexionar acerca de las políticas públicas, debemos considerar que los derechos de las mujeres, son derechos humanos y por lo tanto debe incluirse en la implementación de los programas sociales la mirada específica para develar las relaciones desiguales entre varones y mujeres. Las mujeres con menos recursos económicos, padecen la doble o triple discriminación social (género, clase, etnia), por este motivo debemos ampliar la mirada para el análisis de los problemas e integrar las variables.” (Guzzetti, 2008: 2).

Estas tendencias que a grandes rasgos se mencionan, de naturalización de roles de género se acarrean desde el inicio del capitalismo patriarcal, y nos permite identificar a Adolfo Gonzales Chaves como un pueblo conservador. La ciudad mantiene los privilegios del sector masculino de la población, así como los de las clases dominantes desde su fundación hasta la fecha, sin problematización, dado que no existe registro de otros movimientos refractarios del poder.





A nivel global, asistimos al resurgimiento de una nueva derecha política que se ha traducido en lo económico en una mayor concentración de la riqueza en mano de los monopolios.

En este contexto, de aumento de la brecha de desigualdad, se asiste a la pauperización de todo el sector trabajador pero aún más de las mujeres, que en un alto porcentaje son jefas de hogar.

Es en este particular contexto que La Colectiva inicia sus actividades. En un principio, con más acción y menos espacios de reflexión, para dar lugar luego a mayor tiempo para debates internos que dan cuenta de la maduración del espacio.

Recientemente se ha logrado, y luego de innumerables presencias en las calles, en los medios, en las escuelas, en los espacios públicos, en las instituciones, en los barrios, en los lugares “privados” de la vida cotidiana de las mujeres; intervenir en la agenda pública del municipio local con la demanda de una mesa de género. Espacio propio para el desarrollo de las actividades de la colectiva y análisis de las políticas que se implementan en el área de salud para incorporar las demandas feministas y cumplimiento efectivo de las leyes actualmente vigentes.

“Reafirmamos la búsqueda incesante de enlazar lo universal en lo particular, lo personal en lo íntimo, vinculando, analizando y problematizando la trayectoria histórica del patriarcado y del capitalismo, y el juego de retroalimentación de ambos sistemas de dominación: la conjugación del patriarcado con el capitalismo, el eurocentrismo, y el racismo en nuestros pueblos latinoamericanos” para transformarlo todo, todo el tiempo y en todo lugar. (Korol, 2007: 4).

Pensar y actuar, sentir y luchar

A continuación se intentará dar cuenta de las acciones realizadas que constituyen y construyen la breve e intensa historia de nuestra organización:

I) Intervenciones artísticas

Las intervenciones en los espacios urbanos fueron una puerta para dar a conocer no sólo la estética visual de La Colectiva con sus artistas y creadoras, sino también la ideología a la que la grupa adhiere.

- a. Se representó el 24 de marzo de 2017 con una intervención teatral repentina en la plaza central del pueblo relativa a la lucha estu-

diantil y obrera, la represión y desaparición de personas, y la creación de las organizaciones Madres y Abuelas de Plaza de Mayo. Se sumaron a las participantes de la grupa, actores independientes.

- b. Se realizaron tres murales temáticos sobre problemática de género, a partir de creaciones de dos artistas de la grupa. En esta pintada se convocó a la población a colaborar, por lo cual el resultado fue comunitario, sumando la voluntad de la vecina que cedió las paredes.
- c. En el mes de septiembre se sumó, en la misma esquina, una obra colectiva de mural a partir de la muerte de Santiago Maldonado, dejando su huella en nuestro pueblo con una frase que creemos refleja su lucha: “la tierra que soñamos no tiene dueños”. La perspectiva latinoamericana también es un propósito que la organización intenta mantener como parte de una identidad que la sociedad local nuevamente niega, dado que se impone una ideología eurocentrista.
- d. Se crearon también colectivamente dos fanzines, con una gráfica artesanal, pegando trozos de historias, fotos, poesías, conceptos, humor, que resumen la mirada feminista de la realidad.
 - Uno se realizó en el marco del aniversario del pueblo, apuntando a conceptos introductorios al feminismo y a los estereotipos de belleza y su construcción, ya que aún después de haber presentado un proyecto para que se eliminen los concursos de belleza, aún se siguen realizando bajo una denominación diferente.
 - El segundo fanzine fue realizado en el marco de los festejos por la semana de les estudiantes, en el mismo se tuvo en cuenta las inquietudes y problemáticas de las adolescentes de La Colectiva para poder desterrar estereotipos y enfrentar problemáticas que en relación al feminismo y al Colectivo LGTTTBIQ se manifiestan en el sector juvenil de nuestra población.
- e. En las calles céntricas, se pintaron siluetas en el asfalto con los nombres de víctimas de femicidios, con mensajes para la erradicación de la violencia de género. Creemos que la expresión artística y el impacto visual pueden generar en la población acercamientos al análisis de la sociedad y de las desigualdades de géneros atra-



vesadas por relaciones de opresión, dominación y poder.

- f. El 28 de junio de 2017 se realizó por primera vez en Gonzales Chaves, una suelta de dos banderas gigantes: una con el logo y los colores de la diversidad sexual y otra con la frase “queremos un mundo donde quepan varios mundos”, desde el primer piso del municipio, visibilizando la temática. Paradójicamente, las banderas estuvieron cerca de dos figuras de hierro con el rostro del papa Francisco, que continúan a ambos laterales del municipio pese a los reclamos constantes por la separación de la Iglesia y el Estado. Se repitió esta suelta en 2018 junto a una jornada de lucha en la Biblioteca Popular.



- g. Desde el programa “jóvenes y memoria” se solicitó el acompañamiento de la colectiva para la creación de un mural sobre la temática de género. El mismo se realizó a pasos de la Terminal de Omnibus.
- h. El 28 de Mayo: visibilizamos en el hospital local, a partir de guirnaldas con derechos enunciados, el “día internacional de acción por la salud de la mujer”, y se elaboró y entregó a la directora de “salud” un documento con los reclamos locales relacionados al área. Además se aprovechó la jornada para dialogar con los médicos de la institución sobre la temática y analizar posibles alianzas para acciones de salud con perspectiva de género y la promoción de los “derechos sexuales reproductivos y no reproductivos”.

2) Jornadas de lucha

El inicio de la grupa, enmarcado en la organización del 8M, luego dio lugar, a la participación y generación de jornadas de lucha ante el emergente avance de la derecha sobre nuestras conquistas como pueblo trabajador. La forma casi espontánea que surge de salir a luchar por nosotres y les otros, nos hace pensar en la relación intrínseca entre el feminismo y los derechos humanos.

Participamos y organizamos las siguientes jornadas de lucha:

- 8M (2017 y 2018)
- 3J (2017 y 2018)
- Marchas por reclamos docentes (marzo. abril. mayo 2017- junio 2018)
- Marcha contra la reforma previsional (diciembre 2017)

- Marcha contra los tarifazos (marzo-abril 2018)
- Marcha por la aparición con vida de Santiago Maldonado (septiembre- octubre 2017)
- Marcha contra el 2x1 a genocidas (junio 2017)
- Marcha contra femicidios (Araceli-Micaela-otras)
- Banderazo en el municipio por el día del orgullo LGTTTBIQ (junio 2017-2018)

3) Acciones para la educación sexual integral

Desde distintos espacios educativos se ha convocado a La Colectiva a participar en charlas, clases y jornadas que básicamente tuvieron como eje la difusión de los objetivos de la grupa, la educación sexual integral, el trabajo sobre la desnaturalización de estereotipos de género y las reivindicaciones del colectivo LGTTTBIQ. Algunos docentes convocaron a personas de La Colectiva para dar cuenta en las aulas de las actividades que sucedían en la ciudad, las cuales, evidentemente, rompían con la calma habitual e introducían una manera distinta de mirar la realidad.

La participación fue en todas las escuelas secundarias de nuestro pueblo y el Instituto Superior de Formación Docente y Técnica n° 68.

Entendemos a la educación sexual integral más allá de la educación en anticoncepción y prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Comprendemos que debe estar orientada a la identidad sexual y de género, al respeto y auto-cuidado, a las emociones, pasiones y deseos, a la información real sobre el propio cuerpo y a la ruptura con tendencias binarias sociales, morales y religiosas.

En las diferentes experiencias con las instituciones educativas secundarias, les estudiantes y docentes que allí trabajan, nos acercaron a la problemática del embarazo adolescente y a los obstáculos que encuentran en el área de la salud pública en el acceso a una anticoncepción libre, decidida y responsable. Motivo por el cual presentamos un reclamo escrito al área de salud municipal.



4) Redes locales y regionales: relación con el estado municipal

La Colectiva es parte de la llamada marea feminista. En este sentido ha crecido en contacto cercano con otras colectivas de la región como: Movimiento Feminista y Mesa de Género de Tandil, Casa Violeta de Tandil, Socorristas de

Necochea, Mala Junta de Patria Grande, Corriente Darío Santillán de La Plata, Ni Una Menos de Tres Arroyos. En 2017 viajaron seis compañeras a Chaco, junto a la colectiva organizadora del encuentro de Mar del Plata, y en 2018 se planea la presencia de al menos diez compañeras en Trelew, también con las compañeras de Mar del Plata.



Además, dentro de la localidad hemos iniciado diálogo con diferentes movimientos, vecinos, instituciones y partidos políticos en vista de la generación de instancias que nos acerquen al logro de avances en materia de derechos logrados pero aún no concretados.

Las ferias de artesanas y emprendedoras que impulsamos y multiplicamos -se realizaron ferias en distintos puntos de la ciudad, el 8 de marzo en la plaza principal, y luego dos en plazas de barrios alejados del centro- dieron lugar al conocimiento de otros sectores de mujeres de la población, en un trabajo territorial que nos acercó a sectores suburbanos y empobrecidos, con un logrado intercambio de saberes y la continuidad de otras formas de economías de resistencias que seguimos construyendo desde abajo.

En el mes de junio logramos un espacio en el Concejo Deliberante, solicitando la Banca Ciudadana. Así, en una sesión, una de las integrantes de La Colectiva fue representante ante los distintos bloques, solicitando a viva voz y por escrito, los reclamos respect, principalmente, a la implementación de una “mesa de género” que aborde nuestra problemática a nivel de Estado local. Recientemente y luego de insistencias, logramos que el municipio nos otorgue un galpón del ferrocarril, que compartiremos con una agrupación de artesanes, lo que nos brindará la oportunidad de seguir forjando nuestra identidad y una geolocalización estratégica para nuestra Colectiva. Este eje de trabajo ha sido uno de los que permite grandes expectativas de logro en cuanto a la incidencia en políticas públicas y la consecuente, esperable y celebrada ampliación de derechos. Por la persistencia y la continuidad de las acciones grupales, tanto locales como globales, es que se escucha la voz del feminismo desde el poder, para dar progresivamente lugar a la implementación de políticas de igualdad. Así, en los últimos meses, a La Colectiva llegaron pedidos de espacios de discusión con funcionarios municipales, miembros de partidos políticos y concejales para delinear los proyectos mencionados:

- la creación de la “mesa local de género”; para el tratamiento entre otros temas, de situaciones de violencia de género, educación sexual integral, capacitación en perspectiva de género, reclamos históricos y contemporáneos del feminismo; que impliquen decisiones de diferentes actores y actrices (justicia, acción social, salud, cultura y educación, servicio local, gremios, sindicatos, integrantes del Concejo Deliberante, organizaciones de la sociedad civil relacionadas a la temática).
- la utilización y recreación de un espacio propio de La Colectiva, que



permita situarnos para la organización de acciones políticas, sociales y artísticas, cada vez más sistemáticas, visibles y participativas.

5) Resistencias subjetivas y sociales construidas (y deconstruidas) alrededor de la experiencia

Creemos importante resaltar que nuestra experiencia está atravesada por las miradas, creencias, ideologías y mitos que en torno al feminismo coexisten. Y éstas son necesarias visibilizar para poder analizarlas y de-construirlas en función de creaciones que vayan por senderos de la igualdad.

Para el presente eje nos parece importante retomar los determinantes y dimensiones que Mallardi, en mención a la intervención profesional, conceptualiza a la hora de definir estrategias de acción:

“En un primer lugar, se identifica una dimensión socio-institucional, para dar cuenta de las tendencias societales que definen la posición del Estado frente a la “cuestión social”, lo cual adquiere visibilidad mediante las políticas públicas que se implementan, como así también las dinámicas organizacionales, con sus objetivos y recursos. Desconocer esta dimensión implica quitar el carácter socio-histórico al ejercicio profesional, desvincularlo de uno de los elementos que le atribuyen significado social.” (Gianna y Mallardi, 2011: 60)

Sobre esta dimensión pensamos al Estado y sus instituciones junto a sus tendencias societales, tanto frente a la cuestión social como a las políticas de género. La relación que nos damos con éste, va siempre acompañada de un análisis de los objetivos perseguidos y de las posibilidades de encarar alguna vinculación y la exigencia frente a lo que creemos es su responsabilidad. Entendemos desde la Colectiva a la estrategia como un modo de caminar que nos oriente al logro de diferentes objetivos, con paradas intermedias, retrocesos, revisiones, borroneos y cuentas nuevas, análisis, críticas, etcetera. Es decir, una transición dinámica, dialéctica y contradictoria que como fin último encuentra la conquista de derechos reales y ejercicio del Estado de forma responsable para con los ciudadanos.

“En segundo lugar, la dimensión subdeterminante popular hace referencia a la capacidad objetiva y concreta de interpelación de los distintos sectores de la clase trabajadora a las instancias hegemónicas que intervienen sobre la “cuestión social”. Se considera que el posicionamiento



de estos sectores tiene una relación directa con las respuestas institucionales recibidas, tanto por los miembros de dichos sectores como por la población en general. La política social, como práctica que procura garantizar la hegemonía, articula intereses supra clasistas, es decir reivindicaciones de los sectores trabajadores son planteados como anticipaciones estratégicas de los sectores hegemónicos para sostener el consenso de su dominación. Consecuentemente, se considera que la capacidad de presión que la población usuaria tenga para incidir en los procesos de intervención, se corresponderá con el posicionamiento que la clase trabajadora tenga en la

correlación de fuerzas vigentes en el contexto en el cual se desarrollan dichos procesos.” (Gianna y Mallardi, 2011, Pg. 61)

Esta dimensión nos sumerge en el mundo de las creencias, ideologías, tendencias construidas, el rol de los medios de comunicación en la creación de la opinión pública y la mirada que de todo esto se genera en relación a la participación social, al feminismo y a lo emergente. Es imprescindible para cada acción que La Colectiva toma, analizar qué impacto generará en el pensamiento preconceptual de la comunidad de Chaves para poder construir procesos de reflexión crítica, tanto hacia el interior de la grupa como hacia afuera, que permitan comprender los debates que sostenemos como banderas. Somos conscientes de que es difícil romper con la hegemonía instalada y atravesada en toda la escena social del patriarcado, ya que es ardua la tarea de hacer visibles las opresiones ocultas y las relaciones de dominación tan naturalizadas. Por eso creemos que desde el diálogo con los diferentes actores y actrices, de todos los sectores sociales, y a partir de la articulación con sus intereses y visiones, es que podremos ir rompiendo poco a poco las redes que sostienen a la desigualdad tanto de clase como de género.

Dicho esto, creemos que hemos tenido diferentes impactos sociales de acuerdo a las temáticas abordadas, que variaron desde grandes participaciones hacia muy escasas por parte de la comunidad. Esto no fue gradual ni determinante y sigue fluctuando en el presente.

“Finalmente, la dimensión ético-política profesional introduce la relación entre los medios y los fines, buscando romper con aquellas necesidades y demandas inmediatas que exigen una intervención de corte instrumental. Por lo tanto, lo ético-político se presenta en la profesión en dos niveles interrelacionados entre sí. El primero de ellos, refiere a un nivel colectivo, cuyo expresión es el proyecto ético-político profesional, que según Netto presentan la auto-imagen de una pro-

fección, eligen valores que la legitiman socialmente, delimitan y dan prioridad a sus objetivos y funciones, formulan los requisitos (teóricos, institucionales, y prácticos) para su ejercicio, prescriben normas para el comportamiento de los profesionales y establecen las bases de su relación con los usuarios de sus servicios, con las otras profesiones y con las organizaciones e instituciones sociales privadas y públicas (entre éstas, también y destacadamente el Estado al que cabe históricamente el reconocimiento jurídico de los estatutos profesionales)” (Gianna y Mallardi, 2011;62)

La relación y adaptación que de ésta dimensión hacemos, respondiendo a nuestra experiencia, nos lleva a pensar en el feminismo global, nacional y local con sus variaciones en definiciones, valores, proyectos sociales, límites, formas, etcétera.

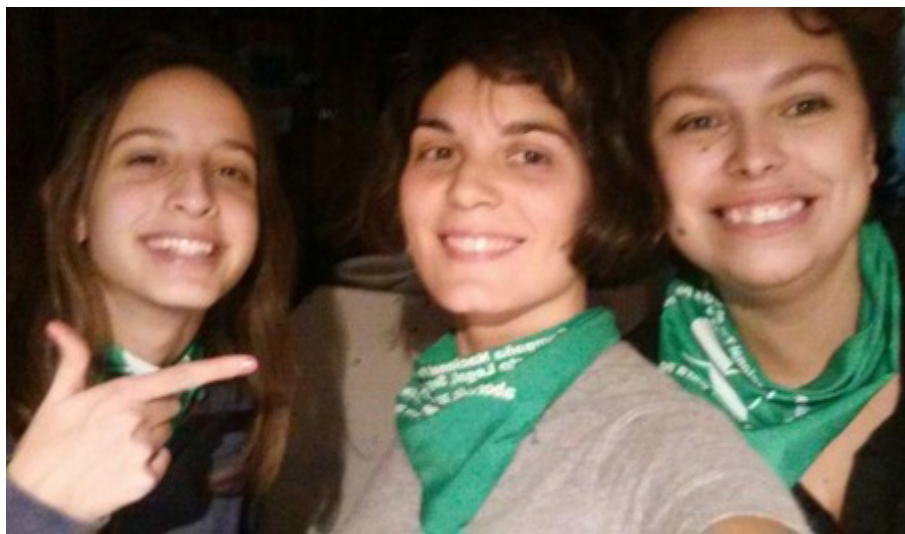
Nos entendemos dentro de la tercera ola feminista y levantamos las consignas generales que de ésta se desprenden: aborto legal, basta de femicidios y feminicidios, igual paga por igual trabajo, visibilización del trabajo doméstico y de cuidado no pago, dobles y triples jornadas, basta de presas políticas, lo personal es político, derumbe de los estereotipos de belleza, mujer no objeto de consumo, basta de acoso callejero, reclamos del Colectivo LGTTTBIQ, y todas las formas de desigualdad de género y etiquetas dentro de formas binarias de clasificación, etc. Pero, pese a esta identificación general, también nos sa-



bemos diversas todas dentro del feminismo y dentro de nuestra Colectiva, generando formas siempre únicas de acuerparnos y luchar. De hecho dentro de nuestra experiencia la forma, la mirada, los debates, las críticas, la estrategia, los objetivos, van variando, transformándose, deconstruyendo y construyéndose todo el tiempo y de acuerdo al contexto y los momentos singulares de la realidad local y personal de quienes integramos La Colectiva feminista en construcción.

También es cierto que hay límites, que hay valores que no se negocian y que son guía para pensar cada intervención, cada situación problemática y cada reunión. La sororidad a la que aspiramos, la reivindicación de las emociones y el análisis crítico, pensamos que son nuestros pilares y la justicia social lo que intentamos cimentar, aún cuando nuestros esfuerzos se concentren mayormente en el área de género y feminismo.

6) Dinámica grupal y comunicación



La comunicación interna de la grupa ha sido fundamentalmente horizontal. En la convivencia se han dado liderazgos en distintos aspectos y momentos del proceso grupal lo cual es indicador de salud ya que no se dan posicionamientos verticalistas ni continuidad en dichos protagonismos. Estas rotaciones o cambios en cuanto a quienes hemos tomado iniciativas o conducido procesos permite que cada una de nosotras logre hacer escuchar su voz, y cumplir una función reivindicativa del feminismo, de acuerdo a sus capacidades y potencialidades (artísticas, intelectuales, manuales, gastronómicas, de acompañamiento, con la presencia o con el silencio tal vez). Hay integrantes que comenzaron, y luego se fueron, otras que se incorporaron en la mitad o después en el proceso, y otras muchas que continúan.

Además se han dado distintas discusiones internas en torno a la difusión de las actividades y de los puntos ideológicos propios del feminismo. Por ejemplo, la difusión acerca del posicionamiento ante la “campana nacional por la legalización del aborto” que implicó cambios graduales, ya que también el proceso de muchas compañeras fue cambiando de acuerdo a la profundización de la discusión del tema, tanto en el grupo como en los medios masivos de comunicación. En este punto, cabe destacar que el proceso de cambio en la cultura de les argentines fue sorprendente, porque se logró un apoyo inesperado de sectores que en un principio se oponían, tanto de la ciudadanía como de la política.

También se problematizó cual era nuestro rol frente a los reclamos del movimiento LGTTTIQ, que tiene que ver con no contar en Chaves con un grupo que tenga como eje central la diversidad. Entendimos la necesidad de visibilizar la problemática y acompañar a algunas compañeras que se sienten parte del movimiento, discusión esta que se encuentra aún presente.

Las redes sociales como Facebook, Whatshapp e Instagram han sido cruciales tanto para la organización y debate interno de la grupa como para la difusión de nuestras actividades y la discusión y argumentación de los temas “sensibles” hacia el afuera.

En cuanto a las actividades públicas, se ha contado con la presencia de los medios locales (periodistas de cable, radios fm y medios gráficos) que se intere-

saron prontamente ante nosotras, mujeres organizadas en una grupa horizontal y que, de repente y sin descanso promovíamos, múltiples acciones con temáticas disruptivas en un pueblo rutinario y previsible. De esta manera, se han televisado o difundido muchas de las actividades y se han realizado reportajes y entrevistas para profundizar los temas abordados o la militancia en general.

Trabajo social y experiencia colectiva

El deseo de la ampliación de los derechos humanos en general, por la justicia social, que nos ha llevado a incorporarnos en la disciplina de Trabajo Social, es lo que también nos lleva a ser parte de este momento histórico por la reivindicación de los derechos de las mujeres y el Colectivo LGTTTIQ, militando



dentro del feminismo. A su vez, la formación profesional nos brinda un abanico de herramientas que nos permite aportar a la construcción colectiva con nuestras compañeras que desde diferentes ámbitos, experiencias y saberes generan la experiencia desde una riqueza diversa que permite la continua transformación. Además creemos que el exigir al Estado el cumplimiento de sus responsabilidades, incorporando a través de reclamos temas en la agenda pública para la creación y profundización de políticas en relación a las temáticas de género es un puente

fundamental de intercambio con el Trabajo Social. Por ejemplo, la estrategia de solicitar la banca ciudadana para la “mesa de género” se concretó luego de varios intentos de acordar acciones de asistencia y promoción de mujeres víctimas de violencia de género, en organizaciones públicas que las abordan institucionalmente como el Hospital, el Juzgado de Paz, la Comisaria de la Mujer. Estas situaciones particulares fueron acompañadas por integrantes de La Colectiva (trabajadoras sociales algunas), por pedido de las mujeres, dando lugar a esta nueva forma de “asistir” desde la sororidad.

Si bien sabemos que la militancia y el trabajo social son dos formas diferentes de intervenir en la realidad, creemos de suma importancia para la profesión, la existencia y análisis de los movimientos sociales y colectivos reivindicativos. Esta distinción la realizamos porque entendemos que es necesario diferenciar y conceptualizar en lo posible el rol de intervención desde el trabajo social y la militancia personal y colectiva.

“Sin embargo, sin ánimo de caer en una hegemonía académica al momento de explicar la realidad, consideramos que en la práctica del Trabajo Social, el profesional se incorpora como actor a tales situaciones con sus propios recursos (Oliva, 2007a), es decir, intereses,



visiones y marcos teórico-metodológicos específicos a partir de su inserción en la división social y técnica del trabajo y la adscripción a un proyecto profesional particular. Por ello, su explicación situacional debe dar cuenta de esas competencias aprehendidas, principalmente en lo que respecta a cuestiones metodológicas, posibilitando la realización de explicaciones que superen, principalmente, la inmediatez de los fenómenos sociales”. (Oliva y Mallardi, 2011: 28).

Así entendemos que la cuestión de género, unida a la reivindicación histórica del feminismo argentino y global, constituye una situación problemática coyuntural de la cual formamos parte, y con la que el trabajo social

coincide en el encuentro con las múltiples variables de inequidad social de la vida cotidiana.

Consideraciones finales

En la página que continua, a modo de collage, plasmamos las palabras de quienes expresan el significado de La Colectiva.

Para mi la Colectiva es...

MARINA: Para mí la colectiva es un espacio e aprendizaje permanente, que me permite deconstruirme y construirme colectivamente. Donde las voces suenan y se escuchan, donde las discusiones fortalecen, donde hablar de políticas es cotidiano para repensar y repensarnos constantemente, donde se unen las fuerzas en causas injustas. La colectiva atraviesa mis miserias y las transforma en fortalezas. Me muestra que mis utopías no son tan inalcanzables y me permite ver que no son solo mías. Me interpela, me marea, me desarma y me vuelve a armar diferente en crecimiento.

LAURA: Para mí la colectiva es el único espacio en el que puedo desarrollarme, desenvolverme y actuar libremente... Porque no siento el prejuicio de lxs demás como en otros espacios... Es un lugar de aprendizaje y de llevada a cabo del mismo cosa que tampoco se da en otros lugares... ¡Y aunque solemos ser un caos es el lugar de mayor organización, horizontal, social de la comunidad de A. G. Chaves! Y el hecho de estar en construcción permanente me hace proyectar infinitas cosas, lo cual es, tal vez, lo que más me gusta del espacio.

ANA: Para mí es un espacio donde me reencuentro con mi energía femenina, Por momentos me activa y pondera, por momentos me aturde. Siempre me ha sido beneficioso, en cuanto a crecer en mi femineidad. Y siempre me lleva a buscar el equilibrio y complementación de energías femenina y masculina, que

todxs tenemos en nuestros corazones. Lxs admiro y lxs quiero!

FLORENCIA: Es un grupo de acción y reflexión para acrecentar el empoderamiento de las mujeres y las disidencias... frente a toda una historia silenciada por el sistema patriarcal y capitalista... es una resistencia más dentro de las luchas x la liberación...

OPI: Es un espacio donde nos encontramos diferentes personas para intentar transformar la realidad, machista y patriarcal que nos atraviesa constantemente. Queremos la libertad de nuestros cuerpos. Tratamos de romper con lo que ya está impuesto y así nos deconstruimos para volvernos a construir más sanamente, de forma colectiva, juntas y acompañadas.

JULI: Es un espacio en el que intentamos poner en práctica el mundo que queremos, también el lugar donde nos encontramos muchas personas con diferentes historias, ideas, miedos y con el deseo común de transformar esa realidad que nos engloba, pequeño lugar desde el que activamos para acompañar(nos), para reclamar, para manifestar y para propagar otro mundo posible. Espacio que es parte de un movimiento nacional, latinoamericano y mundial. Es a partir de lo que aprendemos y desaprendemos espacio que cuestiona nuestros propios límites. La colectiva es lo que creamos por convicción y también por necesidad, las mismas razones por las que decidimos seguir siendo parte. Un espacio de transformaciones permanentes, espacio que no tiene que negar las contradicciones individuales y colectivas. Espacio que como cualquiera tiene procesos, discusiones diversas en cuanto a posicionamientos y modos de activar. Es un espacio indispensable entre tanto machirulaje y fascismo que no deja de avanza. No es un espacio acabado, nunca lo va a ser. No me interesa que sea masivo, porque lo masivo a alguien siempre sigue dejando afuera, prefiero que sea el espacio de quienes no podemos o no queremos encajar en normas impuestas. Un espacio en donde poder practicar nuevas formas de vincularnos, nuevas sensibilidades, en el que cuidarnos entre nosotres sea siempre más importante que el cuidar as formas con lxs demás.

SANDRA: Para mí es la concreción de un proyecto en común que siempre soñé, pero que no pude dar continuidad en otros intentos. Ahora que estamos juntas...!!! Ojalá demos muchas vueltas alrededor del sol queridas colectivas amigas.

MARIA ESTER: Cada vez que iba a un encuentro de mujeres me sentía más mujer y reconociendo que dentro mía estaba esta feminista dormida. Eso fue brotando a medida que fui encontrándome. Pude comprender que las actitudes podían cambiar en nosotras para cambiar el exterior. Eso que siempre me decían: ¡Que vas a hacer! No se puede hacer nada- Me convencía que no es así, es necesaria la convicción, actitud y mucho trabajo. Si nosotras cambiamos nuestro entorno, va a ser distinto: nos valoraremos y valoraremos el exterior; para ser mejores personas, más lindas y más felices y que nuestro entorno también lo sea. Se merece cualquier persona de cualquier género ser libres y tener los mismos derechos.

FABIANA: Para mí la colectiva son las individualidades de cada sujeta que conforma este encontrarse en sororidad, la fuerza, la garra, la calma, la reflexiva, la torbellina, la artista la sensible, la bruja, la protectora, la laburante, la soñadora, la luchadora, la liba, la niña, la mujer, la amante, la madre, juntas caminando diversas, en la calle, encontrándonos para hacer esto tan bello, tan

libre, tan real, tan doloroso, tan nuestra. Las quiero.

TAMARA: La colectiva significa para mí un espacio donde se permite el aprendizaje continuo, donde tenemos la certeza de que siempre que caemos tenemos a una compañera ahí para ayudarnos. La colectiva se transformó en un lugar para mi hija y para mí donde sobran vínculos de amor y contención. Además, es un espacio innegable de lucha, donde toma diferentes formas para lograr poco a poco ir instaurándonos en esta sociedad como agentes políticos de resistencia y acción permanente.

CRISTINA: Para mí LA COLECTIVA es el espacio donde me siento más representada, cómoda, acompañada... me siento orgullosa de integrar esta Colectiva no solo xq puedo expresar lo q me pasa y ser escuchada, comprendida... sino también xq siento q hicimos, hacemos y haremos mucho x mejorar esta sociedad... x nosotras, x las mujeres q no son escuchadas, x las q quisieran estar en este lugar y no se animan. Xq en la COLECTIVA no solo proponemos, debatimos, nos solidarizamos... tb incluimos el arte, la música... elementos q alimentan el alma y nos ayudan a ser felices y mejores personas.

FLOR: Para mí la colectiva es un espacio de libertad donde puedo expresar (tal vez con dificultad) lo que siento. Un espacio donde hablamos el mismo idioma... Hay diferentes jergas, y eso está bueno, pero coincidir en las bases del idioma fua! Que cosa más importante. Un lugar de aprendizaje y exploración constante, donde aprendo a comprometerme y me animo a conocerme en profundidad con toodo lo que soy. Es un multiespacio donde hay lugar para toda la diversidad que somos.

SEBI: Para mí la colectiva es una forma de organización para el cambio de la realidad social. Es un espacio atravesado por emociones, realidades personales e historias que nos permiten compartir y enriquecernos para leer la sociedad y elegir cambiarla, porque creemos que el patriarcado se va a caer si nos movemos juntas por nuestros sueños y los de las que ya no están! La colectiva es para mí la lucha sorora y genuina, que destruye día a día viejos y nuevos prejuicios para poder ser libres cada día un poco más.

OLGA: Colectivo feminista es la reivindicación a la lucha de las mujeres por sus derechos. Me suma xque solo no podría gritar en hacer algún reclamo y sentirme acompañada.

MARIANELA: Esta colectiva representa en mí un espacio de encuentro único con mujeres, con las cuales a través del respeto y la sororidad construimos un presente con esperanza para las mujeres. Es además un lugar donde a través del reflejo de mi lado femenino en mis compañeras aprendo a aceptarme y quererme, devolverme el valor que se me negó por nacer mujer, donde encuentro miradas cómplices y sentimientos mutuos, donde todos los días me destruyo y me reconstruyo, aprendo y crezco.

Bibliografía

- Encuentro Feminista Autónomo, 2014: “*El desafío de hacer comunidad en la casa de las diferencias*”. En Revista Contrapunto, Feminismos. La Lucha Dentro de La Lucha, Debates en Movimiento. Vol 5.
- Gianna, S. y Mallardi M, 2011: “*El Trabajo Social como complejo social. Aproximación a los fundamentos de los procesos de intervención profesional.*” Tandil, Mimeo.
- Guzzetti, Lorena, 2008: “*La perspectiva de género. Aportes para el ejercicio profesional*”. Trabajo presentado en el Segundo Foro Latinoamericano: “Escenarios de la vida social, el trabajo social y las ciencias sociales en el siglo XXI”, La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina.
- Korol, Claudia (Comp.), 2007: “*Hacia una pedagogía feminista*”. Ed. El Colectivo, América Libre.
- 2016, “Feminismos populares. Se hace camino al andar”: En: Korol Claudia y Castro Gloria Cristina (Comp.) “*Feminismo populares, pedagogías y políticas*”. Ed. Chirimbote. El Colectivo, América Libre.
- Martín, Facundo, 2015: “*El capitalismo como patriarcado productor de mercancías*”. Herramienta. Revista de debate y crítica marxista. Ediciones Herramienta.
- Oliva, Andrea A. y Mallardi, Manuel, (Comp.) 2011: “*Aportes táctico-operativos a los Procesos de intervención del Trabajo Social*”. Colección Enseñanzas. Editorial UNICEN.

Parte 3.

Violencias, desigualdades sociales e interseccionalidad

- 92** **Cuando ser mujer es ser objeto de y para otros** - Natalia Santabaya
- 105** **La promoción y prevención de la violencia de género como estrategia de intervención en el Municipio de Ituzaingó** - Lucía Rosendo
- 115** **Género y reproducción social: perfil de salud/enfermedad de las mujeres de sectores populares** - Florencia Sobral Stüber

Cuando ser mujer es ser objeto de y para otros

Natalia Santabaya¹

“La explotación de las mujeres ha tenido una función central en el proceso de acumulación capitalista, en la medida en que las mujeres han sido las productoras y reproductoras de la mercancía capitalista más esencial: la fuerza de trabajo”.

(Silvia Federici)

Resumen

A partir de la intervención profesional en el ámbito sanitario se trabaja con una joven en situación de trata con fines de explotación sexual. Se visibiliza un entramado de violencia de género y desidia estatal. En consecuencia, la joven se encuentra vulnerada, en soledad, sin recursos, inmersa en un vínculo afectivo que condiciona su vida en función de los preceptos de la Iglesia.

Palabras claves:

Trata de personas - explotación sexual - violencia de género - religión - intervención profesional

Reseña de la situación

Paula (22 años) es oriunda de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Un sábado por la tarde, llega al servicio de guardia de obstetricia, como otras tantas jóvenes, por pérdidas relacionadas a su embarazo (16 semanas de ges-

¹ Lic. en Trabajo Social, egresada de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Correo electrónico: natu08014@hotmail.com

Actualmente se encuentra realizando el 3° año de la residencia en salud de la provincia de Buenos Aires, con sede en el “Centro de salud Ángel Bó” (Williams Morris, Hurlingham). Participó en un equipo interdisciplinario de “Género y Salud” donde se asiste a personas gestantes en situación de interrupción legal del embarazo. Miembro de la “Red de Profesionales por el Derecho a Decidir” (Regional Oeste).

El presente trabajo se circunscribe en el contexto de dicha residencia, tras realizar rotación correspondiente al segundo nivel de atención. La misma se efectuó durante un período de cuatro meses en un hospital del Área Metropolitana de Buenos Aires.

tación, aproximadamente). Sin embargo, Paula no es como todas. Su vida está marcada por el abuso y la explotación sexual. A partir de los 6 años de edad, vivenciando abuso sexual infantil (ASI) y luego, según percepción de la médica tratante, víctima de explotación sexual. Si bien la joven no queda internada, en el transcurso de la semana posterior, la médica obstetra realiza interconsulta al servicio social, manifestando su preocupación. Durante la entrevista, se había mostrado reticente y apática, sin establecer contacto visual. La joven habría mencionado seis abortos previos a este embarazo. Asimismo, al indicarle la realización de una ecografía ginecológica, Paula se niega dado que no quiere que ningún profesional varón la atienda. Ante ello, la médica le ofrece su compañía en el momento de realizar tal estudio.

Al recibir la interconsulta, desde el servicio social se convoca a la joven para su atención ambulatoria. Tras la primera entrevista se confirma que Paula ha sido (es) víctima de explotación sexual, habiendo estado en el Programa Nacional de Protección a Testigos e Imputados² desde el año 2012, hasta septiembre 2017.

Manifiesta, además, que su única red vincular, que le brinda contención y apoyo es la Sra. Claudia López³, a quien conoce desde hace algunos años. Afirma que sólo confía en ella. La joven refiere haber tenido, a lo largo de su vida, varios intentos de suicidio. Desde hace cuatro meses, le brindan atención psicológica y psiquiátrica en la ONG “Mujeres x la Nación”⁴, dirigida por Claudia. Asimismo, la señora López, a través de la iglesia evangelista de la cual es miembro activa, le ha conseguido un hogar transitorio a Paula, ubicado en la localidad de Loma Hermosa, ya que por razones de protección a su seguridad no puede volver a la casa de su madre.

Paula tiene un hijo, Pablo (5 años), quien se encuentra, por orden judicial -Juzgado La Matanza-, al cuidado de una pareja, estando imposibilitada legalmente de contactarse con el niño.

Se conversa con la joven respecto a la posibilidad de interrumpir legalmente su embarazo⁵ si así lo desea, a lo cual, se niega. Afirma querer con-

2 Este Programa, según se establece en la página web del Ministerio de Justicia y DDHH de la Nación, está dirigido a testigos e imputados (colaboradores de justicia o arrepentidos) que hubieren realizado un aporte trascendente a una investigación judicial de competencia federal (narcotráfico, secuestro extorsivo y terrorismo, delitos de lesa humanidad cometidos en el período 1976/1983, trata de personas) y que, como consecuencia de él, se encuentren en una situación de riesgo. Extraído de: <http://www.jus.gob.ar/la-justicia-argentina/proteccion-de-testigos.aspx>

3 Directora de la ONG “Mujeres por la Nación”, ubicada en C.A.B.A. En la página web de dicha ONG se presenta como servidora “del Señor durante toda mi adolescencia, hasta que Dios me llamó para prepararme en el Instituto Bíblico, donde estudié por varios años con el deseo de servir a Dios en el trabajo pastoral. Durante muchos años dediqué mi vida en el trabajo pastoral, en la enseñanza y levantando a mujeres dentro y fuera del país. Esto me permitió tener un alcance no sólo dentro del ámbito eclesial, sino gubernamental y social. Influyendo en las políticas públicas sociales. Actualmente al frente de esta ONG que es una red de redes, desarrollo un trabajo psicopastoral a través de la docencia” (www.mujaresxlanacion.org, extraído el 20/02/2018).

4 La Fundación “Mujeres x la Nación” tiene como misión institucional trabajar en la capacitación e implementación de proyectos para las diferentes comunidades y necesidades de la población, para lo cual, tienen un centro de atención permanente psicopastoral. En tanto que su visión es constituirse como “una red de redes que facilita los vínculos sociales dentro y fuera del país, nuestro abordaje es interdisciplinario a través de un acompañamiento continuo para potenciar el trabajo en cada lugar” (www.mujaresxlanacion.org/nosotros, extraído el 20/02/2018).

5 En Argentina la interrupción del embarazo está permitida legalmente si se encuadra en las causales previstas en el Código Penal, Art. 86, inc. 2: causal riesgo de vida/salud, causal violación. Es importante considerar que ante esta última causal no es requisito que la mujer realice ningún

tinuar con el mismo; por otro lado solicita a las profesionales la posibilidad de contar con un hogar y trabajo.

Una semana después de este encuentro, Paula ingresa a la guardia de clínica médica por intoxicación tras ingesta medicamentosa. Dado que ello transcurrió durante el fin de semana, desde el celular de guardia del servicio social se solicita internación hasta tanto pueda ser entrevistada nuevamente.

Paula refiere no recordar qué medicación ingirió; que lo había realizado dado que la médica que controla su embarazo, el día anterior, le habría dicho que “*no podría tener más hijos*” (sic). Si bien no recuerda cómo llegó al hospital, afirma que cuando despertó estaba acompañándola Claudia. Relata, además, que ésta le ha dicho que tras lo ocurrido no podría volver a la casa donde estaba viviendo y que debería volver a vivir con su madre en CABA. Sin embargo, la joven insiste en no querer volver allí dado que en esa casa “*frecuenta gente que me lastimó física y psicológicamente*” (sic). Desde entonces, Paula queda internada. Si bien cuenta con el alta médica, desde el servicio social se decidió continuar con la internación hasta tanto la joven cuente con un lugar seguro donde alojarse al momento de su egreso.

Las acciones llevadas a cabo por dicho servicio durante este período consistieron en contactar e informar a los organismos públicos correspondientes a fin de abordar la situación de manera integral: “Procuraduría de Trata y Explotación de Personas (PROTEX)⁶, “Programa Nacional de Rescate y Acompañamiento a las Personas damnificadas por el Delito de Trata”⁷ y “Dirección Provincial de Lucha contra la Trata de Personas”⁸.

Una vez informados, desde estas entidades comienzan a intervenir, por ejemplo, solicitando al “Centro de Prevención y Atención de las Adicciones” (CPA) con sede en el municipio, a través de la Región Sanitaria VII informe de la salud mental de la joven. Por otro lado, también se mantuvo reunión intersectorial, a fin de dar cuenta de la situación de la joven y evaluar posibles estrategias de intervención en conjunto. De este modo, se acordó que el hospital continuara garantizando su internación, hasta tanto la Dirección Provincial de Lucha contra la Trata de Personas, junto a las autoridades de salud mental de la Región Sanitaria VII, arbitren los medios necesarios a fin de diseñar y poner en funcionamiento un dispositivo que le garantice un lugar seguro para vivir, acorde a las necesidades la joven. Asimismo, también solicitarían al Ministerio

tipo de denuncia. Basta únicamente con la firma de la declaración jurada, provista por el equipo de salud interviniente, donde no se deja constancia de ningún dato del agresor.

6 La PROTEX depende de la Procuraduría General de la Nación, perteneciente al Mrio. Público Fiscal. Tiene como objetivo “*prestar asistencia a las Fiscalías de todo el país en el trámite de las causas por hechos de secuestro extorsivo, trata de personas y delitos conexos a la trata y asistir a la Procuradora General de la Nación en el diseño de la política criminal del Ministerio Público con relación a estos delitos*” (<https://www.mpf.gov.ar/protex/>, extraído el 12/02/2018).

7 Este Programa depende del Mrio. de Justicia y DDHH, Presidencia de la Nación. “*Tiene a su cargo la asistencia psicológica, social, médica y jurídica de las víctimas de la trata de personas, desde el mismo momento que son rescatadas de sus lugares de explotación, hasta el momento en el que ofrecen declaración testimonial en la causa judicial*”. El Programa trabaja de manera conjunta con el Mrio de Seguridad. Además de brindar asistencia, las víctimas son trasladadas a una Casa Refugio. (<http://www.jus.gov.ar/areas-tematicas/trata-de-personas/oficina-de-rescate-y-acompanamiento.aspx>, extraído el 12/02/2018).

8 Dependiente del Mrio. de Justicia de la Provincia de Bs. As. Mediante el Programa de Rescate y Acompañamiento, brinda asistencia a las personas que han atravesado situaciones de trata o explotación. (<http://justicia.gba.gov.ar/noalatrata> , extraído el 12/02/2018).

de Desarrollo Social la inclusión de la joven en el programa “Ellas hacen”.

Tras 35 días de internación, Paula solicita, a la médica ginecóloga tratante, interrumpir su embarazo. Dado que los profesionales del servicio de gineco-obstetricia del hospital se manifiestan objetores de conciencia⁹, el jefe del servicio le comunica que ello será resuelto por el servicio social. Lo cual fue confirmado por el Director del hospital. Ante ello, desde ese servicio se realiza la gestión correspondiente en el “Programa de Salud Sexual y Reproductiva” de la Región Sanitaria VII, a fin de dar respuesta a la solicitud. Debido a la edad gestacional (20 semanas) del embarazo en curso, ninguna institución del segundo nivel de dicha región sanitaria acepta realizar la intervención. En consecuencia, la interrupción legal del embarazo se deriva a un efector de otra región sanitaria.

Al día siguiente de haber sido trasladada al hospital donde se realizaría la práctica y, luego de la colocación de la primera dosis de Misoprostol¹⁰, la joven habría solicitado no avanzar con ello. Esa misma mañana se habían presentado en el hospital donde se encontraba internada la abogada de la ONG “Mujeres x la Nación”, acompañada por un pastor, quienes, además de visitar a Paula, también se habrían reunido con el Director de dicha institución. Vale destacar que, además, Claudia había estado en comunicación telefónica constante con la joven desde la tarde del día anterior -cuando se confirma el traslado-.

Al momento de realizar el presente informe la situación sigue su curso. Sin embargo, aquí se pone freno a fin de avanzar con el análisis pertinente.

Trata de personas con fines de explotación sexual en la cotidianidad de las mujeres

La trata de personas -en el caso que nos ocupa, con fines de explotación sexual-, involucra “el ofrecimiento, la captación, el traslado, la recepción o acogida de personas con fines de explotación, ya sea dentro del territorio nacional, como desde o hacia otros países” (Ley 26.842/12, Art. 1°). En tanto que, se entiende por explotación sexual “cuando se promoviere, facilitare o comercializare la prostitución ajena o cualquier otra forma de oferta de servicios sexuales ajenos” (Ley 26.842/12, Art. 1°, inc. c). Asimismo, en la Ley 26.364/08, Art. 5° se hace referencia a la no punibilidad de las víctimas de la trata de personas.

De esta manera, se entiende que en ninguna circunstancia el consentimiento de la persona se presta con total libertad, configurándose así el delito por parte de terceros. Con lo cual, la explotación sexual no se reduce únicamente al uso de la fuerza física por parte de los explotadores. La coerción o presión psicológica conlleva a que las mujeres den su consentimiento de modo condicionado. Aquí, vale aclarar que se hace referencia a “las mujeres”, en vez de “personas”

⁹ Se entiende por objeción de conciencia como una herramienta que brinda posibilidad de eximirse del cumplimiento u obligación legal, invocando la afectación de libertad de culto o creencia (Deza, 2017).

¹⁰ El uso del Misoprostol es la opción terapéutica recomendada por la Organización Mundial de la Salud, a fin de realizar el procedimiento para la interrupción del embarazo. Esta droga provoca contracciones en el útero, estimulando la maduración cervical. La dosis de medicación a aplicar, al igual que el modo de realizar el procedimiento, variará de acuerdo a la edad gestacional. En tanto que la edad gestacional del embarazo de Paula es de 20 semanas, el procedimiento debe garantizarse en el segundo nivel de atención (Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a interrupción legal del embarazo, 2015).

dado que se estima que el 96 % de las víctimas son mujeres, niñas y adolescentes explotadas sexualmente (Fundación María de los Ángeles, 2016).

Morales Plaza afirma que la explotación sexual aparece como “*forma de supervivencia por una situación completamente precaria o por la explotación a través de la trata de personas*” (Morales Plaza, 2011: 4). En el relato de Paula se visibiliza una combinación de ambas circunstancias. Si bien ha estado en situaciones de encierro y ha sido “subastada¹¹”, en otros momentos de su vida la explotación sexual se ha dado bajo mecanismos de coerción y a consecuencia de su vulnerabilidad. Por ejemplo, durante su internación en este hospital la joven menciona a la trabajadora social interviniente que un hombre iría a visitarla “*por trabajo*” (sic). A la vez, solicita que no se le dé aviso a Claudia y, además, que quiere estar poco tiempo con él. La colega le ofrece denegar el ingreso de esta persona al hospital. Sin embargo, Paula refiere que no; que lo tiene que recibir. De este modo, se interpreta que la joven, aún estando internada, continúa expuesta a situaciones de explotación sexual. Estas prácticas se dan en la cotidianeidad de las personas. Al respecto, Matusevicius hace referencia a la cotidianeidad de los sujetos donde se recrea y transforma la estructura social, mediante prácticas concretas (2014). Aquí cabe mencionar la noción de prostitución como un eje central y fuertemente ligada a la explotación sexual; como una actividad u ocupación voluntaria de las mujeres (Pacecca, 2009). Sin embargo, esa voluntad está condicionada, como se mencionará en párrafos precedentes, por diferentes cuestiones. Pacecca afirma que hay “*un conjunto de despojos en el acceso a los derechos económicos, sociales y culturales, que fragua en múltiples marginalizaciones y vulneraciones*” (Pacecca, 2009: 15). De tal modo, la prostitución deja de ser un acto libre y voluntario.

Ahora bien, es en esa cotidianeidad donde se concretiza la intervención del trabajo social. Desde el servicio social actuante en este segundo nivel de atención se considera la noción de salud desde una perspectiva integral y compleja. Pensar la complejidad de la situación de Paula implica tener en cuenta la trayectoria de vida de la joven: situación de explotación sexual -aparentemente, siendo entregada por su madre-, sumado a que desde niña ha transitado situaciones de ASI. Además, también se vislumbra que tiene una red socio-vincular restringida/acotada a una sola persona, la cual pertenece a una iglesia evangelista. Se podría inferir que Paula encontró en ella cierta tranquilidad, seguridad y estabilidad dado que, en dicha relación no aparecen cuestiones de violencia sexual, ni física. Aquí también es válido mencionar que al alejarse de su familia y al haber quedado excluida del programa de “protección a testigos”, transita déficit habitacional y laboral, entre otras cuestiones. En consecuencia, Paula vuelve a quedar en situación de alta vulnerabilidad y riesgo que la condiciona en su autonomía. De esta forma, se evidencia cómo el accionar de la Iglesia -a través de Claudia- se coloca en el rol de “salvación” para la joven, aunque manipulándola y, a la vez, exigiéndole condiciones.

Por otro lado, a las problemáticas recién mencionadas se suma su embarazo -producto de una violación- y la solicitud para la interrupción legal del mismo. La cual no tuvo pronta respuesta por parte del ámbito sanitario. El inicio del procedimiento tardó ocho días en concretarse. Siendo ello contraproducente para el

11 Según relato de funcionarios públicos, en reunión intersectorial del 1/02/2018, consignado en historia social.

estado psíquico de Paula, teniendo en cuenta su relato al solicitar la interrupción, “no quiero sentir que se mueva (...) pensé mucho en eso de ver qué quería yo y no quiero tenerlo (...) y sí quiero estudiar, trabajar con un bebé no voy a poder” (sic).

La coyuntura argentina

A la luz de la coyuntura social y económica argentina, considero pertinente mencionar las distintas posturas ideológicas respecto a la prostitución. Graciela Vargas (2009) las define del siguiente modo:

1. Sistema reglamentarista: se equipara la prostitución con el trabajo, realizando controles sobre las mujeres en situación de prostitución, por cuestiones de salud pública y seguridad ciudadana. Supone una práctica reglamentada por el Estado.

A fines de los '90, algunas posturas feministas, propusieron un sistema laborista o legalista a fin de regular la actividad, solicitando derechos y deberes propios de cualquier actividad laboral, tales como la sindicalización y la protección de la seguridad social, distanciándose del sistema reglamentarista dado que su modelo se basaría en el bien de las propias trabajadoras y no en su control (Morales Plaza, 2011).

2. Sistema prohibicionista: la moral y el derecho se conjugan en pos de la criminalización a la mujer en situación de prostitución. De este modo, se responsabiliza a la persona que ejerce la prostitución y se la considera delincuente.

3. Sistema abolicionista: no se criminaliza a la mujer en situación de prostitución, pero sí a quien la prostituye. La prostitución se configura como vulneración de los derechos humanos, dado que se utiliza el cuerpo de la mujer en pos del deseo de terceros y no el propio. De este modo se asemeja a la esclavitud, cosificando a la mujer y entendiéndola como víctima. Tiene su origen en el movimiento feminista anglosajón de finales del Siglo XIX (Morales Plaza, 2011).

Argentina, por su legislación penal se posiciona desde una perspectiva abolicionista. No prohíbe la actividad, como así tampoco persigue, ni castiga a las mujeres que se encuentran en situación de prostitución. Mediante la Ley Nacional 26.842/12 se procura que ninguna persona sea explotada, ni prostituida; se castiga tanto al prostituyente/proxeneta, como al prostituidor -cliente-.

Sin embargo, el entramado de la prostitución y la trata de personas con fines de explotación sexual continúa siendo una de las principales problemáticas sociales en nuestro país. Las estadísticas afirman que “el 87% de la trata está destinada al sometimiento de la prostitución de sus víctimas (preferentemente niñas, adolescentes y adultas jóvenes)” (Vargas, 2009: 31).

Se destaca, además, que cualquiera sea la perspectiva ideológica desde donde se defina a la prostitución, el centro siempre es la mujer. Ya sea para erradicar, controlar o legalizar la prostitución, las mujeres son registradas, revisadas

y catalogadas. A la vez que hostigadas, coimeadas, detenidas y/o deportadas. Omitiendo, de este modo, tanto al prostituyente/proxeneta, como al prostituidor/cliente, quien en última instancia es el que sostiene y perpetua en la práctica la explotación sexual (Vargas, 2009).

Por su parte, desde AMMAR Capital¹² afirman que si bien existen los tratados internacionales que favorecen la posición abolicionista, los códigos contravencionales y de faltas exponen a las mujeres en situación de prostitución a la arbitrariedad y corrupción policial (Isla y Demarco, 2009). En consecuencia se configura una “*clara forma de complicidad con los traficantes y dueños de lugares donde se explota y esclaviza a mujeres*” (Isla y Demarco, 2009: 103).

Ahora bien, considerando la situación de explotación sexual que atraviesa Paula, desde temprana edad, sumado a su situación socio-económica, se evidencia un contexto coyuntural (Matusevicius, 2014) de vulnerabilidad. Paula llega al servicio social, valiéndose de la primer entrevista -previa a su internación-, para solicitar explícitamente al equipo interviniente un lugar para vivir, ya que donde estaba era transitorio, como así también un empleo que le permita, entre otras cosas, acceder a algún tipo de alquiler y así sentirse segura en una casa propia. Lo cual, evidencia déficit habitacional y laboral. De este modo se vislumbra, tal como afirma Matusevicius (2014) un aumento en la demanda de asistencia hacia el Estado por parte de los sujetos, para producir y reproducir sus vidas. En esa primera entrevista, también se desprenden las problemáticas sociales ya mencionadas en el apartado anterior. Aquí juegan un rol fundamental las políticas públicas, mediante las cuales el Estado debiera garantizar las necesidades de las personas. Estas problemáticas se configuran como corolario de la omisión estatal¹³, dado que, por ejemplo, en cuanto a la situación de explotación sexual, si bien existe legislación nacional e internacional en pos de la prevención y sanción de la trata de personas, como así también la asistencia a sus víctimas, tanto el Estado nacional, como el provincial no dan cuenta de políticas públicas que brinden real asistencia. A raíz de ello, la joven, tras haber estado durante un tiempo en el programa de “protección a testigos” ha sido dada de baja del mismo. Aumentando, de este modo, su vulneración y expuesta a nuevos riesgos. En consecuencia, se visibiliza cómo el Estado, a través de sus organismos no brinda una respuesta estructural al problema. Tal como sostiene Matusevicius (2014), se mutila la subjetividad de Paula, quien a lo largo de estos años obtuvo, a veces, respuestas fragmentadas y, en otras ocasiones, ninguna respuesta por parte del Estado.

Es decir, a pesar de la legislación y de los programas nacionales y provinciales vigentes -cuyo objetivo, en líneas generales, es brindar asistencia psicológica social, médica y jurídica, como así también custodia policial y/o alojamiento en un refugio, en situaciones de mayor gravedad-, Paula fue excluida de éstos. En suma, la Ley en sí misma no habilita a lxs profesionales que procuren garantizarle una vida sin ser explotada sexualmente. En palabras de Brown, se evidencia cómo “*un derecho legislado no equivale a un derecho consagrado*” (Brown, 2007: 188).

¹² Asociación de Mujeres Argentinas por los Derechos Humanos.

¹³ Se hace referencia a la omisión estatal en tanto la definición clásica de políticas públicas esbozada por Oszlak y O'Donnell, quienes afirman que ésta es el “conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores en la sociedad civil” (Oszlak y O'Donnell, 1981: 14).

La estructura social. Condicionantes del proceso salud / enfermedad / atención / cuidado (S/E/A/C)

De manera general, para comprender las situaciones que atraviesa Paula es imprescindible tener en cuenta que ello ocurre en el *espacio social*. Tal como afirma Matusevicius (2014) en una compleja trama de interrelaciones: “*una unidad entre la estructura social, sus manifestaciones coyunturales y la configuración particular que asume la cotidianeidad, recreando y transformando con prácticas concretas esa estructura social*” (Matusevicius, 2014: 177).

Respecto a la estructura social se pueden mencionar dos directrices que funcionan dependientemente una de la otra: por un lado, la dinámica del sistema capitalista, que procura la generación de riqueza para pocos, dejando en situación de pobreza a vastos sectores de la población. Su eje principal es la acumulación de capital. Por lo que, lxs asalariadxs se ven obligados a aceptar malas condiciones laborales: precarización y flexibilidad laboral, entre otras cuestiones. Por otro lado, la cultura patriarcal, “*en la cual la construcción histórica de la mujer y su sexualidad están al servicio de la sexualidad masculina*” (Isla y Demarco, 2009: 99). En la situación de Paula, se visibiliza la confluencia de ambas directrices en una: el cuerpo de la mujer convertido en objeto de consumo. Es decir, la mujer se configura en una mercancía más del mercado de compra y venta. Aquí suele aparecer la figura del proxeneta/prostituyente -en la situación de Paula no hay datos al respecto-, quien se ocupa de prostituir a las mujeres, vendiendo el servicio sexual de ésta a un cliente/prostituidor. Al respecto, M. Pececca (2009) dirá que el “comercio sexual” es la instancia donde se visibilizan los derechos de dominación, convirtiendo a la mujer en objeto.

De esta forma y, siguiendo a Matusevicius (2014), se visualiza a Paula como parte de aquella clase social que no cuenta con ningún medio para reproducir su existencia, salvo la venta de su fuerza de trabajo. Como agravante en esta situación, la mercantilización de su cuerpo es bajo el modo de explotación sexual.

Intervención profesional en situaciones de explotación sexual

En esta trama de interrelaciones de la estructura social, sus manifestaciones coyunturales y las particularidades vividas por las personas en su cotidianeidad da cuenta de cómo el proceso S/E/A/C que transita Paula es atravesado por diferentes condicionantes donde interactúan el espacio social y el espacio individual, del cual hace referencia Breilh (2009): clase social, etnia, género y edad, operan articuladamente determinando el proceso de S/E/A/C de las personas.

La actuación profesional del trabajo social se concretiza en ese proceso de S/E/A/C inscripto en la cotidianeidad de las personas. Ahora bien, teniendo en cuenta que la intervención profesional debiera contribuir a generar mejoras en las condiciones materiales -y, agrego, subjetivas- de existencia de las personas con las que trabajamos (Matusevicius, 2014), dicha actuación profesional debiera “*romper con cierta naturalización de la realidad que se sostiene en base a la reificación de las relaciones sociales*” (Matusevicius, 2014: 190). Naturalizar la realidad, en este sentido, significa visibilizar y problematizar el deseo de do-

minación masculina, en detrimento de las mujeres. Es decir, desde el servicio social se debieran realizar acciones tendientes a quebrantar la cosmovisión patriarcal dominante. Por ejemplo, no avalando propuestas de intervención -tal como se hizo-, de otras instituciones estatales que solicitaron la inclusión de Paula en el “Hogar de Madres” existente en el hospital. El pedido se realizó para que la joven no continuara internada en esa institución, pero sí que tuviera alojamiento allí. Dicho hogar funciona en dos habitaciones de la sala de Maternidad, a fin de brindar un espacio para aquellas mujeres puérperas que tienen internadxs a sus hijxs, en el servicio de neonatología. Como se evidencia, la lógica del binomio mujer-madre está fuertemente instalada en este dispositivo, dado que sólo se permite la permanencia de mujeres, a fin de cuidar a sus hijxs.

En palabras de Matusevicius (2014), la estrategia de intervención profesional desde el Trabajo Social se podría haber posicionado desde “*la posibilidad de lo ‘imposible’*” (Matusevicius, 2014: 189). La transformación social mediante la articulación de estrategias que operan entre lo cotidiano y lo estructural, procurando alternativas en las bases del orden social (Matusevicius, 2014). Sin embargo, ello no ocurrió. Considero, además, respecto a esta situación, que su incorporación en el “Hogar de Madres” podría ser contraproducente para su estabilidad psíquica, teniendo en cuenta los sentimientos ya mencionados respecto a su decisión de interrumpir el embarazo, sumado a sus antecedentes de intentos de suicidio. En consecuencia, este accionar interinstitucional se configuraría en un acto de violencia institucional hacia la joven, dado que no está clara su decisión de continuar (o no) con el embarazo. La suspensión del procedimiento de ILE pareciera haber estado condicionado por su red vincular, la cual está fuertemente ligada a la iglesia evangelista. A raíz de ello, me surgen ciertos interrogantes: los equipos estatales intervinientes -ya sean del sector justicia, como así también de salud-, ¿Consideraron la opinión de Paula? ¿Saben si quiere transitar la instancia de un parto? ¿Querrá maternar estx hijx? Y, ¿convivir con otras mujeres que ya son madres?

Ante estas preguntas, sin respuesta, es que se considera la violencia institucional. Tal como afirma Claudia Teodori (2016) la violencia hace referencia a las relaciones sociales, puntualmente “*a relaciones de poder enmarcadas en un determinado campo social y cultural*” (Teodori, 2016: 68). De este modo, las instituciones actuantes colocan a Paula como un objeto sobre el cual hay que intervenir.

Ahora bien, vale aclarar que el aval para que la joven sea incorporada al hotel de madres no fue consensuado por todo el equipo del servicio social. Por el contrario, hubo colegas que, desde una posición antagónica, se enmarcaron dentro de la denominada perspectiva conflictivista (Zucherino y otras, 2014), criticando la estrategia de intervención. De esta manera, y como consecuencia de las posiciones encontradas, se tensionó el trabajo interdisciplinario e intersectorial.

La sugerencia de las licenciadas fue evaluar, junto a Paula, las alternativas posibles para su egreso: “Hogar de Madres” o bien continuar internada en la sala de maternidad -habitación privada-, hasta tanto los organismos correspondientes arbitraran los medios necesarios a fin de brindarle un alojamiento seguro.

Un cuerpo apropiado por otros...

“El cuerpo de las mujeres es mucho más ‘social’ que el de los varones por cuanto el cuerpo se trata de cuerpos apropiados (o expropiados) en función de su capacidad reproductiva por los esposos, la Iglesia y el Estado” (Brown, 2007: 171).

A través de la cita se ve reflejada la historia de vida de Paula. Una joven de 22 años que ha transitado por situaciones de ASI, trata de personas con fines de explotación sexual y dominación subjetiva.

Un cuerpo apropiado por otros... Desde la explotación sexual, hasta la ILE. En el camino, ha sido “subastada” con fines de explotación sexual. El varón objetivando una y otra vez su posición patriarcal, su dominio. “Comprando”, literalmente a la joven.

De esta forma, la sociedad civil, el Estado y la Iglesia se cruzan fuertemente en su vida. En cuanto al Estado se corre de su rol protector y garante de derechos. Al momento del “egreso” de la joven del programa de “protección a testigos e imputados”, se le quitan los beneficios que le estaban brindando, entre ellos, la custodia y el subsidio económico. Días después de la quita de esos derechos, Paula denuncia una violación. A raíz de la cual, queda embarazada. Una vez más, la joven se encuentra vulnerada, en soledad y sin recursos que le permitan afrontar su vida de manera autónoma y segura.

A lo largo de su vida, el Estado no le ha dado las garantías ciudadanas que todos los habitantes del país debemos tener. Bajo esas condiciones aparece una ONG, de impronta religiosa, que le brinda apoyo y contención. Sin embargo, ello no será gratuito. Habrá que cumplir ciertas reglas morales para pertenecer. De este modo, la Iglesia ejerce coerción en Paula, la condiciona: “No te suicidarás... no abortarás...” Al correrse de los límites impuestos por la única persona que parece darle seguridad, sobreviene el castigo. Tras el episodio del intento de suicidio, no le permiten volver a la casa que le habían prestado, quedando en situación de calle o, lo que es más grave, con indicación de volver a la casa de su madre, a sabiendas que ese no es un sitio seguro. Asimismo, en cuanto a la ILE, la joven había solicitado en reiteradas oportunidades que bajo ningún concepto se le advirtiera a Claudia de su decisión. Durante el tiempo que llevó la gestión para encontrar un efector que realizara la práctica médica -siete días-, Claudia no concurrió al hospital, tampoco se comunicó con ella, ni con lxs profesionales de esa institución. Sin embargo, una hora después de la confirmación del efector que realizaría la práctica, la señora tomó un rol activo con la joven, indagando qué intervención debían hacerle en otra institución; dando la orden que no se la trasladara hasta tanto ella no se hiciera presente en el hospital y pudiera hablar personalmente con Paula y con el equipo médico tratante. Así quedan vulnerados, una vez más, los derechos de la joven. Esta vez, desde el hospital público no se garantizó la confidencialidad que toda práctica sanitaria conlleva (Ley 26.529/09, Art. 2º, inc. e). Vale destacar que en la sala de maternidad trabaja una enfermera que pertenece a la misma congregación religiosa de Claudia. Así, se visibiliza cómo la Iglesia opera sobre el cuerpo de las mujeres gestantes que deciden no continuar con su embarazo. En la consulta, en la que estuvo acompañada continuamente por Claudia, había

afirmado no querer interrumpir el embarazo. Se infiere que ésta ha ejercido coerción sobre Paula a fin de que continúe con la gestación.

En la misma línea, aparece el mandato de la Iglesia mediante el accionar de lxs profesionales objetores de conciencia, quienes priman su cosmovisión religiosa, por sobre el derecho a decidir de la mujer y por sobre su ejercicio profesional. En esta situación, obstaculizando y dilatando la concreción de la interrupción del embarazo, dado que la joven lo solicita un viernes y cuatro días después continúan dudando de hacer, o no, la práctica. También es estratégico, durante cinco días, el retraso de la ecografía para confirmar la edad gestacional. En suma, tras la solicitud de la ILE, se hace visible la objeción de conciencia del equipo médico actuante, la burocracia estatal para concretar la derivación a otro efector y la apropiación, por parte de la Iglesia, de las decisiones de Paula.

De este modo, tal como menciona Lamas (2012) al citar el movimiento feminista, queda reflejado el aborto como una problemática de justicia social dado que las mujeres con recursos no dependen del sistema de salud público. Éstas abortan de manera segura, pagando altas sumas de dinero. En tanto que mujeres como Paula ven supeditado su derecho a decidir, a la voluntad del equipo profesional interviniente. En algunos casos, cuando las mujeres sin recursos se encuentran con la negativa del sistema de salud público, acceden a abortos clandestinos, arriesgando su salud y su propia vida (Lamas, 2012).

En síntesis, una y otra vez, Paula se encuentra objetivizada por otros. Desde el ámbito de la salud pública, el modelo médico tomará para sí los procesos vitales de la joven, transformando su padecimiento (en este caso, un embarazo producto de una violación y la situación de riesgo dado que no cuenta con un lugar seguro donde alojarse) en patologías, configurando de esta manera a Paula como una *paciente/cuerpo/caso/historia clínica*, sobre la cual habrá que intervenir (Good, 2003, en Teodori, 2016).

Bibliografía

- Breilh, (2009). “Las tres ‘S’ de la determinación de la vida. 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud”, en Passos Nogueira, R. “Determinación social de la salud y reforma sanitaria”. Cebes.
- Brown, J. (2007). “Los derechos sexuales y (no) reproductivos como derechos ciudadanos de las mujeres”, en Brown, J. “Ciudadanía de Mujeres en Argentina. Los Derechos (no) reproductivos y sexuales como bisagra, lo público y lo privado puesto en cuestión”. Parte IV. Bs. As.
- Deza, S. (2017). “Objeción de Conciencia y aborto: Creencias propias y violencias ajenas”. Revista de Bioética y Derecho. N° 39, pp 23-52. Univ. de Barcelona. España.
- Fuentes, P. y López, M. (2014). “Lo interdisciplinar: Discusiones e implicancias de un imperativo de época para el Trabajo Social”, en Fuentes, P. y Cruz, V. (Comp.): “Lo metodológico en Trabajo Social. Desafíos e instrumentalización de lo social”. Cap. III. EDULUP, La Plata.
- Fundación María de los Ángeles (2016). “Informe Institucional”. Gestión 2° se-

- mestre, 2016. Área de Proyectos. Disponible en: <http://www.fundacion-mariadelosangeles.org/informe-de-gestion.htm>
- Isla, M. y Demarco, L. (comp.) (2009) “*Se Trata de Nosotras. La trata de Mujeres y Niñas con fines de explotación sexual*”. Las Juanas Editoras. C.A.B.A.
- Lamas, M. (2012). “*Mujeres, aborto e Iglesia católica*”. Revista de El Colegio de San Luis. Nueva Epoca. Año II, N° 3. Enero-Junio 2012. San Luis.
- Matusevicius, J. (2014). “*Intervención profesional en tiempos de precarización laboral. Contrapoder instituyente y articulación con movimientos sociales*”, en Mallardi, M. (Comp.): “*Procesos de Intervención en Trabajo Social: Contribuciones al ejercicio profesional crítico*”. CTSPBA. La Plata.
- Morales Plaza, E. (2011) “*Prostitución y Trata de Mujeres con fines de explotación sexual*”. Master en Estudios Interdisciplinarios de Género. Universidad de Salamanca, España.
- Oszlak, O. y O’Donell, G. (1981). “*Estado y Políticas Estatales en América Latina: Hacia una estrategia de investigación*”. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Documento G.E. CLACSO. Vol. 4, 1981: Buenos Aires, Argentina.
- Pacecca, M. Inés (2009) “*Partidas, tránsitos, destinos. Una mirada sobre la dominación y el comercio sexual*”, en Isla, M. y Demarco, L. (comp.) “*Se Trata de Nosotras. La trata de Mujeres y Niñas con fines de explotación sexual*”. Las Juanas Editoras. C.A.B.A.
- Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo. Prog. Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Mrio. de Salud de la Nación. Abril, 2015.
- Teodori, C. (2016). “*A los saltos buscando el cielo. Trayectoria de mujeres en situación de violencia familiar*”. Segunda Edición. Ed. Biblos. Bs. As.
- Vargas, G. (2009). “*Enfoque de Género y Derechos Humanos en el tema Trata y Tráfico de Personas: Una mirada socio-histórico-cultural*”, en Isla, M. y Demarco, L. (comp.) “*Se Trata de Nosotras. La trata de Mujeres y Niñas con fines de explotación sexual*”. Las Juanas Editoras. C.A.B.A.
- Zucherino, L. y otras (2014). “*Incumbencias y rol profesional: Dos nociones a problematizar en Trabajo Social*”, en Fuentes, M. y Cruz, V. (comp.) “*Lo metodológico en Trabajo Social. Desafíos frente a la simplificación e instrumentalización de lo social*”. Cap. IV. EDULUP, La Plata.

Legislación consultada

- Ley Nacional 26.364/2008. “*Prevención y Sanción de la Trata de Personas y Asistencia a sus Víctimas*”.
- Ley Nacional 26.529/2009. Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado.
- Ley Nacional 26.842/2012. “*Prevención y Sanción de la Trata de Personas y Asis-*

tencia a sus Víctimas” (Modificaciones al Código Penal, Código Procesal Penal y Ley N° 26.364).

Páginas webs consultadas

<http://www.jus.gob.ar/>

<http://justicia.gba.gov.ar/noalatrata>

<https://www.mpf.gob.ar/protex/>

<http://mujeresxlanacion.org/>

La promoción y prevención de la violencia de género como estrategia de intervención en el Municipio de Ituzaingó

Marta Lucía Rosendo ¹

Resumen

El presente artículo resulta de la experiencia de trabajo realizada, desde el año 2010, por el “equipo de promoción del Consejo Mujeres” de Ituzaingó por la igualdad de género; integrado por profesionales de distintas disciplinas: psicólogxs, trabajadorxs sociales, psicopedagogxs. El mismo se propone introducir algunas consideraciones en cuanto a la promoción y prevención de la violencia de género, como estrategia de intervención.

Palabras claves

Políticas públicas, género, promoción y prevención.

Introducción

La presente ponencia resulta de la experiencia de trabajo realizada, desde el año 2010, por el “equipo de promoción y prevención de políticas de género” del Consejo Mujeres de Ituzaingó por la igualdad de género, integrado por profesionales de distintas disciplinas: psicólogxs, trabajadorxs sociales, psicopedagogxs.

El mismo se propone introducir algunas consideraciones en cuanto a la promoción y prevención de la violencia de género, como estrategia de intervención.

¹ Licenciada en Trabajo Social. Universidad Nacional de Luján. Maestría en Estudios de las Mujeres y del Género (en curso). Universidad Nacional de Luján.-

Actualmente se desempeña como coordinadora del equipo de promoción y prevención en políticas de género del Consejo Mujeres de Ituzaingó por la igualdad de género. Coordina la producción y conducción del programa de radio del consejo de mujeres “El nuevo enfoque en Ituzaingó”, en la radio pública del oeste, Partido de Ituzaingó.-

El presente trabajo fue presentado en las “XIII Jornadas Nacionales de Historia de las Mujeres. VIII Congreso Iberoamericano de estudios de género”. Julio 2017 - mlrosendo@hotmail.com

El recorrido realizado por el equipo interdisciplinario da cuenta que adoptar el enfoque de género en la gestión pública implica garantizar una sociedad igualitaria. También es parte del ejercicio entender que las políticas de derechos humanos son parte importante en la construcción de la ciudadanía.

Es decir, un proceso de cambios con diseño y planificación transversal de la perspectiva de género, mediante estrategias, actividades y acciones que potencien el fortalecimiento institucional. Con el objetivo de alcanzar la equidad donde las mujeres participen y se beneficien equitativamente de las políticas públicas municipales.

El trabajo dará cuenta de algunas de las actividades, acciones y proyectos que se ha desarrollado y también de aquellas que se siguen llevando a cabo ya que forman parte del proceso que se resignifica, interpela y problematiza de manera dinámica y constante con el fin de iniciar un proceso de transformación socio cultural y política.

Desarrollo

El Consejo Mujeres de Itzaingó por la igualdad de género se crea como órgano consultivo y espacio de participación integrado por mujeres y varones. El mismo recorre el ámbito municipal, aplicando la transversalidad en la totalidad de las áreas y estructuras, habiendo sumado el compromiso político de sus responsables.

La incorporación de cambios y con ellos nuevas miradas, que impliquen hacer visible la perspectiva de género, a fin de planificar las estrategias necesarias que permitan acciones transversales, en cuanto al diseño de políticas públicas en las que la equidad sea el camino hacia la igualdad.

Esta área apunta a ser un espacio que aborde la temática de las mujeres, niñas/os y adolescentes, contribuyendo a la construcción de una nueva identidad de la mujer en el marco de un proceso de transformación y cambio. Adoptar el enfoque de género en la gestión pública implica garantizar una sociedad igualitaria y la efectivización de los derechos humanos en cuanto se constituyen en el ejercicio diario de la construcción ciudadana.

Políticas públicas con enfoque de género basadas en el desarrollo, la inclusión y la igualdad, con el objetivo de lograr la plena participación de las mujeres desde una perspectiva de derechos y equidad apuntando, de manera integral y transversal, a la recomposición y fortalecimiento del tejido social y el empoderamiento de las mujeres.

En este sentido, la política pública municipal se sitúa y responde “*a una época y a un espacio, si bien se nutren de tradiciones y de acervos construidos, suponen una apuesta, siempre tentativa e incompleta, a los desafíos de la época. La posibilidad de construcción de proyectos societales mayores siempre responde a grandes desafíos situados en tiempo y lugar*” (Arias, 2012: 11), desarrollándose la misma en un escenario complejo, con profundos cambios y transformaciones en la implementación de las políticas públicas con un enfoque de género.

El compromiso de la política pública del Estado Municipal requiere de la coordinación, el trabajo integral y la implicancia de todos los sectores de la

sociedad: organizaciones no gubernamentales, empresas, industrias, entidades intermedias, escuelas, iglesias, sociedades de fomento etc. Es decir, la construcción colectiva, participativa y democrática en el territorio municipal en torno a la asistencia, promoción y prevención a la violencia de género.

Una política pública multiactoral, multisectorial, propiciando la pluralidad y la diversidad. Aceptando las diferentes miradas que permitan congregarse el contraste en pos de alcanzar los mayores consensos posibles, siendo significativa para la vida cotidiana de la comunidad.

Es consecuencia de esto, *“hacer visible todo aquello que sea invisible”*. Implica comprender que, la discriminación y la violencia de género es producto de la desigualdad social y, por lo tanto, se vulneran los derechos humanos. Significará interpelar, problematizar críticamente los procesos de naturalización por los cuales se produce socialmente esa invisibilidad.

“En este sentido, las políticas públicas y las construcciones hegemónicas de género aparecen íntimamente entrelazadas y naturalizadas, y sólo un enfoque crítico, como el que proponemos, puede evidenciar su carácter histórico y político (...) En este escenario, las políticas no son meras herramientas del Estado, sino que son constructoras del mismo, en un proceso en el cual Estado, poblaciones construidas por, y destinatarias de las políticas públicas, se entrelazan e interaccionan en un marco de ejercicio de poder y resistencia (...) Las nociones de género, las relaciones que implican, los roles que legitiman, y las prácticas que se normalizan e impugnan se construyen, significan y resignifican en este mismo proceso”. (Del Rio Fortuna, González Martín y País Andrade 2013: 58).

De acuerdo a lo planteado, el trabajo realizado por el Consejo da cuenta del fortalecimiento institucional alcanzado en pos de la equidad de género, cuando sostiene el desarrollo de una estrategia de empoderamiento de las mujeres. Este recorrido institucional se inscribe en la transformación, la democratización, los derechos humanos y la acción transformadora sobre sus condiciones de vida.

Algunas de las actividades, acciones y talleres llevados a cabo en nuestro distrito dan cuenta del proceso de deconstrucción de las prácticas, resignificándolas e interpelándolas, en cuanto ponen en tensión las relaciones de género. Este cuestionamiento, a su vez, posibilita la discusión en torno a promover un cambio socio-cultural en la búsqueda de eliminar los estereotipos y prácticas sexistas, creando y estableciendo roles igualitarios. De esta forma, son evidentes las transformaciones, tanto en el ámbito doméstico/familiar como en el “espacio público” en la persecución de democratizar las prácticas privadas y públicas. Es decir, problematizar los procesos de naturalización por los cuales se produce socialmente.

“Para poder abordar los debates antropológicos en torno a las relaciones que existen entre la construcción de política(s) y la perspectiva de género en ellas, necesitamos comenzar por revisar (aunque someramente) la categoría de género en relación a otras categorías como política(s), poder y Estado. (...) Revisaremos críticamente la categoría para señalar las disputas de significado que se traducen en profundas diferencias de abordaje y consecuencias políticas a veces antagónicas”. (Del Rio Fortuna, González Martín y País Andrade 2013: 56).

Joan Scott estableció las bases teóricas de la categoría género *“(...) el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en*

las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder”. (Scott 1990: 44).

En cuanto a la segunda proposición, “el género es una forma primaria de relaciones significantes del poder. Podría mejor decirse que el género es el campo primario dentro del cual o por medio del cual se articula el poder”. (Scott, 1990: 44).

Interpretar el concepto género a partir de lo señalado por Joan Scott, “se deduce, pues, que el género es la organización social de la diferencia sexual, lo cual no significa que el género refleje o produzca diferencias físicas fijas y naturales entre el hombre y la mujer, el género es una idea que confiere significado a las diferencias corporales (...) sólo vemos las diferencias sexuales como función de nuestra forma de comprender el cuerpo, pero esa comprensión ni es “pura” ni puede aislarse de sus implicaciones en una gama mucho más amplia de contextos discursivos”. (Scott en Nicholson, 2003: 48).

Ahora bien, es imperioso comprender las distinciones entre los cuerpos masculinos y femeninos no sólo en sus diferencias sociales y culturales asociados al género, sino también con las disímiles interpretaciones del cuerpo y con lo que éste significa para el hombre y la mujer.

Pensar “el significado de mujer como un mapa en el que se entrecruzan las semejanzas y las diferencias. En ese mapa el cuerpo no desaparece, por el contrario, se convierte en una variable histórica específica, cuyo valor y significado se reconoce como un hecho potencialmente diferente cuando varía el contexto histórico.” (Nicholson, 2003: 77). Si la mujer estuvo invisible en el campo historiográfico fue porque la historia tradicional y androcéntrica no la consideró sujeto histórico de relevancia (Nash, 1982).

Ante una palabra con la carga emocional que presenta el término mujer; en la que una gran parte de lo que se le atribuye depende de la elaboración de su significado, Simone de Beauvoir afirma en *El segundo sexo* que “no se nace mujer: llega una a serlo”, es decir que una llega a ser mujer, pero bajo la obligación cultural de hacerlo. Y esta obligación no la crea el sexo. “El cuerpo es un mero instrumento o medio con el cual se relaciona sólo externamente un conjunto de significados culturales. Pero el cuerpo es una construcción, como lo son los múltiples cuerpos que conforman el campo de los sujetos con género ¿En qué medida comienza a existir el cuerpo en y mediante la(s) marca (s) del género?” (Buttler, 2007: 57-58).

Incorporar críticamente la política pública como herramienta que permita, desde las distintas disciplinas que conforma los equipos interdisciplinarios, procesos teóricos metodológicos que posibiliten investigar y validar el conocimiento científico “(...) se trata de recuperar y valorar el “lugar” social de las mujeres y así reconstruir la totalidad del tejido social con todos sus actores.” (Lagunas, 1993:186).

Señala Buttler: “Foucault afirma que los sistemas jurídicos de poder producen a los sujetos a los que más tarde representan. Las nociones jurídicas de poder parecen regular la esfera política únicamente en términos negativos, es decir, mediante la limitación, la prohibición, la reglamentación, el control y hasta la “protección” de las personas vinculadas a esa estructura política a través de la operación contingente y retractable de la elección. No obstante, los sujetos regulados por esas estructuras, en virtud de que están sujetos a ellas, se constituyen, se definen y se reproducen de acuerdo con las imposiciones de dichas estructuras”. (2007: 47).

Las estructuras de poder mediante las cuales se pretende la emancipación, son las que crean y limitan la categoría de las mujeres, sujeto del feminismo. *”Sino por qué el género no siempre se constituye de forma coherente o consistente en contextos históricos distintos, y porque se entrecruza con modalidades raciales, de clase, étnicas, sexuales y regionales de identidades discursivamente constituidas”. Por lo que es imposible separar el género de las intersecciones políticas y culturales en la que constantemente se produce y se mantiene.”* (Buttler, 2007: 48-49).

A deconstruir...

Si se considera que lo público se refiere a lo común, lo colectivo; siguiendo esta idea, lo público se torna político, obligándonos a pensar en el Estado Municipal en el diseño de las políticas públicas y su legitimación. *”En el caso de la política social, que es lo que tengo como permanente trasfondo al pensar este asunto, ese objeto son las condiciones de vida de distintas clases y grupos sociales. Y es por este camino que entiendo que la política social puede ser definida como el campo de relaciones y de prácticas, estatalmente organizado, en cuyo interior se disputa por construir las condiciones de vida –y especialmente, el trabajo y las necesidades- como asunto público o como asunto de los particulares. Es decir, como asunto colectivo y parte del interés común, o como cuestión individual, respectivamente.”*(Danani, 2012: 91).

Al inicio del trabajo se mencionó la complejidad del actual escenario en cuanto a “lo público”. En ese sentido, es crucial y de suma importancia que desde el Estado Municipal se interpele y problematice la dimensión colectiva de “lo público”. Es decir, la direccionalidad de la planificación y estrategia de las políticas públicas con enfoque de género.

Siguiendo los conceptos expresados por Danani“ (...) y permítaseme agregar lo que puede parecer una paradoja: según este punto de vista, podría decirse que en la cúspide del frenesí neoliberal privatizador (de activos públicos) se concretaba una fuerte transformación de lo público, que no se empequeñeció sino que se expandió, con estos contenidos, a límites desconocidos hasta entonces (...) encontraremos que el neoliberalismo no eliminó lo público sino que le dio un contenido diferente de aquel que estamos dispuestos a reconocer en el (...) la disputa se planta -¡una vez más!- en la lucha por el sentido, por el contenido que se atribuya a lo público, y no por sus límites o la extensión de sus alcances.” (2012: 94).

La revisión de la perspectiva androcéntrica en las políticas públicas municipales ha alentado la instalación de nuevas problemáticas como objeto de estudio. Legitimando, por ejemplo, las interacciones de género en los micro espacios y el trabajo interdisciplinar.

También ha permitido incorporar la categoría de género redefiniendo las dimensiones de la espacialidad, al entender que las relaciones entre corporeidad, género y espacialidad no son neutras, las acciones de las personas en los espacios están cargadas de intencionalidad e historicidad (Perrot, 2008).

Por último, comprender que la perspectiva de género implica necesariamente lograr visibilizar la estructura patriarcal, reformulando estrategias pedagógicas que permitan desmontar su vigencia en las distintas relaciones sociales,

instancias institucionales y espacios diversos de constitución de lxs sujetos, que permitan desarrollar actividades de promoción y prevención en el marco de “políticas públicas municipales” con enfoque de género.

La estrategia en los diferentes proyectos

En concordancia con los objetivos del Consejo, el equipo de promoción y prevención en políticas de género integrado por psicólogxs, psicopedagogxs y trabajadorxs sociales, apunta a trabajar la perspectiva de género promocionando y difundiendo la igualdad de oportunidades en la diversidad de géneros; la inclusión, el desarrollo integral de lxs sujetxs y el ejercicio pleno de los DD.HH.

Con el compromiso que “entre todos digamos no a la violencia de género”, se desarrollan de manera sistemática, un proceso de deconstrucción y representación de las prácticas con grupos de niños, niñas, adolescentes y adultxs de instituciones educativas públicas, privadas y organizaciones sociales del Distrito.

En este sentido se llevan a cabo diferentes talleres tendientes a trabajar la temática de perspectiva de género con el fin de promover la reflexión y la sensibilización en los diferentes encuentros.

Los talleres como dispositivos o herramientas transformadora en la promoción de derechos, implica generar procesos grupales de reflexión a fin de promover y problematizar la realidad, resignificando e interpretando las cuestiones de género, promoviendo un cambio sociocultural en pos de eliminar los estereotipos y las prácticas sexistas, creando y estableciendo roles igualitarios. Con una práctica pedagógica centrada en la educación popular que plantea una educación liberadora y transformadora de las realidades de injusticia, de ahí sus expresiones: “nadie educa a nadie”, “nadie se educa sólo”, “los hombres se educan entre sí mediatizados por el mundo”.

Desde estas prácticas se parte de la idea de que *“todas las personas poseen saberes, ideas y experiencias acumuladas a lo largo de sus vidas, que son parte de los conocimientos y modos de pensar el mundo, la sociedad y sus vidas. Estos saberes al momento de ser puestos en común en espacios colectivos de reflexión, aprendizaje y trabajo, a través del uso de la palabra, del intercambio de ideas y experiencia de vida, permiten el debate e intercambio que supone una manera de cuestionar y producir nuevos conocimientos, que transforma, que produce cambios tanto en las/los sujetos/as activas/os del proceso como en las relaciones. A estos modos de “aprender” para transformar lo llamamos educación popular en función de visibilizar de manera crítica lo que esta “dado”, de pensarse, de problematizar e interpelar para promover la transformación en las relaciones sociales buscando la equidad, la libertad y la autonomía”* (Re M.-Elettore, P.-Pruneda Paz C.-Lerussi R., 2007: 19-20).

En este sentido, cada uno de los encuentros se convierte en un espacio dialéctico, es decir que se resignifica en cuanto cuestiona las relaciones de género. Lo concreto e históricamente asignado en la vida cotidiana y los ámbitos donde se desarrollan, posibilita visibilizar emergentes personales y colectivos para una intervención concreta. Escuchando y asesorando con el fin de acompañar el establecimiento de vínculos saludables, por medio de la discusión, promoviendo

un cambio sociocultural en pos de eliminar los estereotipos y prácticas sexistas.

Crear y establecer roles igualitarios, generando transformaciones en el ámbito educativo, doméstico familiar, laboral y en todos los espacios donde se desarrollan las relaciones interpersonales, procurando la democratización de sus prácticas.

Los talleres y sus temáticas que llevamos a cabo

Talleres para niñas, niños y adolescentes:

- Acoso escolar: nivel primario y secundario
- Acoso verbal callejero: nivel secundario
- Sexualidad: nivel inicial, primaria y secundaria
- Buenos Tratos: nivel Primario y secundario
- Noviazgos violentos (4 niveles: noviazgos violentos- género- patriarcado y dimensión de la violencia en el espacio público) a partir de 4°, 5° y 6° año del nivel secundario
- Enredados en la web, uso responsable de las redes: nivel primario y secundario.
- Talleres para adultos
- Noviazgos violentos para madres y padres, herramientas para detectar y prevenir relaciones violentas en sus hijos
- Capacitación en género
- Enredados en la web, uso responsable de las redes sociales.
- Construyendo vínculos saludables.

Se realiza de manera sistemática la “capacitación en género”, introducción a la violencia de género destinadas a programas municipales, provinciales y nacionales.

Siguiendo esta línea de trabajo, Ituzaingó adhiere a las acciones e intervenciones callejeras del colectivo “Ni Una Menos”. En el año 2015 a partir del femicidio de Chiara Páez el equipo de promoción y prevención en políticas de género presentó un proyecto al Honorable Concejo Deliberante de Ituzaingó con el fin de que el 3 de junio de cada año, sea declarado, por medio de un proyecto de ordenanza municipal, el “Día de la No Violencia en el Noviazgo”. En este sentido, en 2018, se realizó el 3° Encuentro Intercolegial con la participación de escuelas de gestión pública y privada del Distrito.

Con la consigna “El arte repara”, se procura transformar o bien alivianar esta problemática a través de la producción artística –expresiva. De este modo, puede pensarse que el intercolegial permite recuperar la posibilidad de pensar-se en los relatos de lxs adolescentes que participan en el encuentro.

En este sentido, con el objetivo 2018 “seamos la generación que logre la equidad de género”, conjuntamente con la combinación de saberes y gustos que

fueron articulados, permitió a lxs adolescentes expresar por medio de distintas representaciones artísticas (murales, videos, canciones, fotonovelas, spot de radio, percusión, fotografía, etc.) el encuentro con “otros” jóvenes y la realización de jornadas de reflexión y sensibilización sobre esta temática.

Este proceso se lleva a cabo en diferentes niveles “noviazgos violentos – género – patriarcado y la dimensión de la violencia en el espacio público”. Este proyecto tiene dos instancias: en primer lugar el encuentro de las distintas escuelas. Este año se llevó a cabo en el Teatro de Ituzaingó y, por el otro lado, lxs adolescentes como multiplicadores en los cursos inferiores de cada una de las escuelas.

Sacar la voz, las voces de todas-todos y todes... “El nuevo enfoque de ituzaingó”

Con el fin de planificar e impulsar políticas públicas tendientes a crear programas de difusión y comunicación, el Consejo Mujeres de Ituzaingó por la igualdad de género, presentó, el 6 de agosto de 2014, el programa de radio “El nuevo enfoque en Ituzaingó” en la FM de la radio pública del oeste, en el 89.3 del dial.

El desafío es mirar con lentes diferentes la realidad que nos rodea, cuestionar otras formas de comunicar, ser transmisores y contribuir a una mayor igualdad, haciendo visible todo aquello que sea invisible. Revisar y repensar nuestras prácticas para erradicar la violencia de género con el convencimiento de que no sólo debemos incluir en nuestras coberturas la violencia de género sino que, además, su abordaje debe ser desde un enfoque de derechos humanos.

Con una lectura transversal de la actualidad y con el propósito de instalar la voz en los medios de comunicación, para que los temas de las diferentes secciones, sean tratados con un enfoque de género. Creemos importante incorporar al debate político los derechos de las niñas, niños, mujeres; la organización de los movimientos de mujeres y diversidad sexual. Con la posibilidad permanente de problematizar e interpelar en todas sus dimensiones, el desarrollo de las noticias en los medios de comunicación. Es necesario involucrar, a la política pública municipal, en el análisis de la realidad social desde una perspectiva de derechos humanos, observando el rol del Estado como garante de los mismos.

Proyecto: la dimensión de género en las cooperativas del programa Argentina trabaja

En este sentido, el trabajo realizado da cuenta del proceso mencionado en la temática de género. A partir del año 2010 el Consejo Mujeres de Ituzaingó, realizó mediante talleres de intercambio, un relevamiento con las mujeres pertenecientes al programa “Argentina trabaja” con el objeto de construir e introducir la perspectiva de género. En el marco del convenio realizado entre el Consejo Nacional de Mujeres y el Consejo Mujeres de Ituzaingó por la igualdad de género durante el 2011/2012, se llevó a cabo el proyecto denominado “la dimensión de género en las cooperativas del programa Argentina trabaja”, destinados a los asociados del programa “Argentina trabaja”. Proyecto cuyo objetivo fue continuar y reforzar el trabajo iniciado, incorporando la herramienta de cine.

Siendo los objetivos específicos:

- Generar un proceso de reflexión sobre el rol de mujeres y varones en el ámbito de trabajo.
- Promover la reflexión de los modelos existentes sobre ser mujer y ser varón, en el ámbito familiar.
- Posibilitar la expresión artística del proceso vivenciado.

Los objetivos enunciados se desarrollan en instancias basadas en la relación dialéctica de género, de participación y educación popular.

Para la ejecución del proyecto se planificaron dos etapas. En la primera, con la participación de 600 cooperativistas, se llevaron a cabo talleres con el objeto de construir e introducir la perspectiva de género, sensibilizar y generar un proceso de reflexión y promoción sobre el rol de las mujeres y los varones tanto en el ámbito del trabajo como en el ámbito familiar.

En la segunda etapa, con la participación de 90 cooperativistas, se incorporó la herramienta de cine con el objetivo de que los participantes realizaran sus propias producciones fílmicas. Son el resultado de este trabajo 9 (nueve) cortometrajes donde los cooperativistas asumieron diferentes roles en la producción de los mismos: “Mi minuto”, “Pedaleando al futuro”, “Problemas cotidianos”, “Laburando sobran las palabras”, “Cercanas lejanías”, “Mil mañanas”.

En este sentido, es importante para nosotros destacar que el corto metraje “Mi minuto” fue uno de los nueve cortometrajes seleccionados en el prestigioso Festival Internacional de Cine por la equidad de género, III edición, organizado por Mujeres en foco y en el 5° Festival Internacional de Cine y Video alternativo y comunitario “Ojo al sancocho”, ciudad Bolívar, Bogotá Colombia.

“Mi minuto” también participó de la mesa de derechos humanos del festival de cine UNASUR y de encuentros académicos en distintas universidades. También fue presentado en jornadas a nivel municipal, provincial, nacional e internacional.

El corto nos propone una mirada crítica respecto a la doble jornada de la mujer. Se presenta de manera absurdamente real el transcurrir de un día en la vida de la protagonista: preparar el desayuno, atender a su hija, llevarla a la escuela, realizar los quehaceres de la casa, atender a un marido. Es un corto que invita a la reflexión sobre los estereotipos de género, es decir la relación entre mujeres y varones tanto en el espacio privado como el espacio público.

Todo el día transcurre a paso rápido siendo el último minuto del día “su minuto”².

A modo de cierre

En el presente trabajo se explicitó el carácter creativo y transformador de estos espacios de reflexión, no solo en el cuestionamiento a estereotipos de género, sino también como ámbito de expresión de problemáticas y generación de estrategias para ir abordándolas paulatinamente.

En este sentido, la intención ha sido mostrar cómo, más allá de las dificulta-

² El link del cortometraje es: <https://www.youtube.com/watch?v=iPZcliKwSZ>

des, el proceso que se inició a partir de 2010 constituye un enorme aprendizaje que nos sitúa en un “camino sin retorno”.

La búsqueda es la de problematizar y reflexionar a partir de lo instituido socialmente como estereotipos en los roles predeterminados socialmente. Intentando generar procesos de aprendizaje que desnaturalicen la violencia de género.

Sin lugar a dudas en cada uno de los espacios en los cuales se realizan estos procesos se busca la construcción colectiva de un “nosotrxs” que pone el cuerpo de manera cotidiana en la responsabilidad y el compromiso de que “una vida sin violencia es posible”.

Bibliografía

Arias, A. (2012) “La apuesta a la reconstrucción de lo público”. En: Ana Arias, Alejandra Bazzalo, Bárbara García Godoy: Políticas Públicas y Trabajo Social, Aportes para la reconstrucción de lo público, Espacio.

Butler, J. (2007) “El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad”, Paidós.

Danani, C. (2012) “La reconstrucción de lo público: tres desafíos para reconstruir lo valioso y discutir el sentido”. En Ana Arias, Alejandra Bazzalo, Bárbara García Godoy: Políticas Públicas y Trabajo Social, Aportes para la reconstrucción de lo público, Espacio.

Del Río Fortuna C., González Martín M., País Andrade M. (2013) “Políticas y género en Argentina. Aportes desde la antropología y el feminismo”. Revista Encrucijadas, n°5, pp. 54-65. Artículo ubicado en: www.encrucijadas.org.

M. Nash (ed) (1982) Presencia y protagonismo. Aspectos de la Historia de las mujeres. (Barcelona), En: Lagunas C., “A propósito de la Nueva Historia de las Mujeres”.

Lagunas, C. (1993) “A propósito de la Nueva Historia de las Mujeres”, en Ciclos, UBA, Año 3, V.4.

Nasep, N. “Registrar lo (im)posible la herramienta audiovisual como acción transformadora”, Revista regional de Trabajo Social, Ediciones populares para América Latina EPPAL, Montevideo Uruguay.

Nicholson, L. (2003) “La interpretación del concepto de género” en: Tubert S., Del sexo al género, Cátedra.

Perrot, M. (2008) “Mi historia de las Mujeres”, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Scott, J, (1990) “El Género una categoría útil de análisis histórico” en: M Nash y J. Amelung, Genero e Historia Valencia.

----- (2006) “El movimiento por la paridad. El reto al universalismo francés” en C. Borderias, “Joan Scott y las políticas de la historia. Icaria.

Re M.-Elettore, P.-Pruneda Paz C.-Lerussi. (2007) R. Revista regional de Trabajo Social, Ediciones populares para América Latina EPPAL, Montevideo Uruguay.

Género y reproducción social

Perfil de salud/enfermedad de las mujeres de sectores populares

Florencia Sobral Stüber¹

Resumen

Las mujeres, en su rol de garantes de la reproducción, son quienes realizan la mayoría de las actividades del proceso salud/enfermedad/atención, en respuesta a las necesidades propias y de la unidad doméstica que componen. Dichas actividades, en el marco de las estrategias de cuidado desplegadas, impactan en la situación de salud de las mujeres entrevistadas.

Palabras claves

Salud/enfermedad/atención – estrategias – cuidado de la salud – mujeres – sectores populares.

Introducción

El presente artículo da cuenta de los primeros hallazgos del proceso de investigación desarrollado en el marco de la elaboración de mi trabajo final de graduación², requisito último para la obtención del título de grado. Dicha investigación tiene como objeto de estudio “las estrategias de cuidado de la salud que despliegan las mujeres de sectores populares en el marco de la unidad doméstica”. En este sentido, el objetivo general del mismo es el siguiente: “describir las estrategias que despliegan las mujeres de sectores populares de un barrio periférico de General Rodríguez en su vida cotidiana, tendientes a garantizar el cuidado de la salud de la unidad doméstica, durante los años 2016 a 2018.”

Para ello, se realizaron entrevistas en profundidad en base a dos “casos” que fueron seleccionados de manera no aleatoria, reuniendo las siguientes condiciones: residir en el barrio seleccionado, dentro de la localidad de General Rodríguez, encontrarse en edad reproductiva y contar con hijos menores de edad a cargo.

¹ Técnica en Minoridad y Familia UNLu, estudiante de la Licenciatura en Trabajo Social por la Universidad Nacional de Luján. Correo electrónico: florenciasobral_18@hotmail.com.

² Dicho trabajo ha sido presentado para la Licenciatura en Trabajo Social de la UNLu, bajo la tutoría de la Prof. Ma. Fabiana Carlis.

Consideramos que el artículo que se presenta constituye un aporte en varios sentidos. Por un lado, contribuye a pensar cómo se da la relación sujeto-necesidad en la vida cotidiana de las mujeres entrevistadas, experiencia que expresa la lucha por la satisfacción de necesidades y permite “*comprender, interpretar y orientar la intervención profesional*” (Rozas, 1998: 40). Por otro lado, aporta elementos tendientes a continuar pensando cómo se relaciona el proceso de salud/enfermedad/atención con las condiciones objetivas de vida, relación que da cuenta de la profundización de los mecanismos de exclusión que lleva adelante el capital, lo cual deriva en la feminización de la supervivencia, donde las mujeres son las encargadas de garantizar la reproducción cotidiana de sus unidades familiares ante las políticas de ajuste y la retirada del Estado. Al mismo tiempo que favorece a pensar de qué manera impacta en el cuerpo de las mujeres ser las responsables casi exclusivas de proporcionar los cuidados, no sólo de sus grupos familiares y en los espacios comunitarios, sino también como extensión en el mercado laboral; lo cual, a su vez, derivaría en una postergación de la propia salud.

De igual forma, resulta pertinente plantear algunas reflexiones sobre la temática trabajada que contribuyan a pensar la intervención del/a Trabajador/a Social, a partir de la categoría de mediación, en tanto “*esa reconstrucción, que también puede llamarse particularidad, pasa necesariamente por la conjugación de experimentos ideales abstractos con observaciones empíricas, [...] [lo cual] permite desentrañar mediaciones ocultas en la factualidad*” (Pontes, 2003: 213). El siguiente artículo se propone, en cierta medida, aportar elementos tendientes a la reconstrucción de dicho camino metodológico.

Estrategias de cuidado de la salud

Todos los sujetos despliegan estrategias de cuidado de la salud con el objetivo de garantizar su reproducción biológica y social, por un lado, y la del grupo doméstico que componen, por otro. Dichas prácticas, en el actual contexto socioeconómico, se encuentran condicionadas por dos variables: la inserción en la estructura productiva y la posición ocupada en la división sexual del trabajo.

Es decir, esas prácticas desarrolladas por los sujetos para preservar y atender su salud se encuentran condicionadas por componentes de clase y género. Esto se debe a que dichos componentes determinan aquello que se espera y demanda del cuerpo, en tanto que para los sectores populares, por ejemplo, el cuerpo constituye una herramienta de trabajo para la reproducción de la vida (Aréchaga, 2010). Esto último se complejiza en el caso de las mujeres, ya que el cuerpo femenino ha sido transformado, en el marco de la transición al capitalismo, en instrumento de expansión de la fuerza de trabajo, recortándolo a una “*máquina natural de crianza*”; lo cual consolidó, la división sexual del trabajo, relegando a las mujeres al ámbito privado (Federici, 2015).

En este sentido, la percepción y significación que los actores sociales le atribuyen a su parecer va a depender de esos componentes de clase y género, en tanto que las posibilidades de percibir e identificar un problema de salud están condicionadas económica y socioculturalmente.

Perfil de salud/enfermedad/atención en mujeres

El género determina diferencialmente el proceso salud/enfermedad/atención, el cual se configura debido a modos desiguales de subjetivación y distribución de poder (Tajer, D., Lo Russo, A., Fontenla, M. Gaba, M. & Reid, G., 2009). Es decir, las mujeres poseen otra relación con los servicios de salud respecto de los varones. Esto se debe principalmente a la medicalización de distintos aspectos de la vida cotidiana, donde se encuentran los eventos que recorren a las mujeres en términos reproductivos (Necchi, 1992). Al mismo tiempo que dicha relación asume, con los servicios de salud, una impronta particular a causa de que se les ha atribuido, a las mujeres, el rol de cuidadoras de la salud e intermediadoras de la atención de todos los miembros del grupo familiar que componen. Además, como sostiene Necchi, ubica a las mujeres en una posición especial frente a sus cuerpos.

Teniendo en cuenta lo descripto explicitaremos, a continuación, parte de la información obtenida a partir de las entrevistas realizadas; seguidas, éstas, de un análisis respecto de las acciones que desarrollan las mujeres para atender y cuidar su salud y las características de su perfil de salud/enfermedad.

Patologías de salud

Las informantes padecen múltiples patologías de salud, donde predominan las de tipo respiratorio y dermatológico. Algunas afecciones poseen un comienzo y un final definidos y otras han adquirido estado crónico.

La principal estrategia de acción ante dichas patologías es la **auto-atención** (Barcala y Stolkiner, 2001). La misma es definida como el primer nivel real de atención, donde la población utiliza un conjunto de representaciones y prácticas para diagnosticar, explicar, atender, aliviar, curar o prevenir los procesos que afectan la salud sin la intervención directa y central de profesionales de la salud, aun cuando estos últimos sean la referencia de tales actividades (Menéndez, 2003).

En el caso de las patologías agudas, la práctica más frecuente de atención que llevan adelante las mujeres es la auto-prescripción de medicamentos de venta libre (ibuprofeno, paracetamol o algún descongestivo), la cual se ve acompañada por la elaboración de té, la utilización de paños fríos o calientes según el padecimiento y el uso de vapor o nebulizaciones, según la necesidad. En el caso de las afecciones crónicas, las mismas no son atendidas con la frecuencia que lo requieren y tampoco acceden al tratamiento y a la medicación correspondiente.

En este sentido, vale señalar que la cronicidad de dichas patologías guarda relación con las siguientes dimensiones:

-el **uso del cuerpo y la percepción de lo mórbido**. Al respecto, Llovet explica que en los sectores que viven de la venta de su fuerza de trabajo, y cuyo estándar de consumo se encuentra altamente condicionado por la distribución de transferencias formales, hay una menor disposición a registrar toda sensación mórbida (Llovet, 1984). Esta disposición se explica a partir de indagar el uso del cuerpo que realizan tales sectores, el cual se encuentra impregnado

por las ocupaciones de tipo manual (Boltanski, S/D). Esto implica un uso intensivo del cuerpo, cuya relación instrumental obstruye la reflexión para con el cuerpo (Necchi, 1992).

En el caso de las mujeres entrevistadas podríamos suponer que las dolencias que padecen son manifestaciones propias del desgaste físico; lo que posee como antecedentes las ocupaciones que han tenido, las cuales datan desde temprana edad, y las actividades que desarrollan cotidianamente en el ámbito del hogar y fuera del mismo:

“A: (...) Yo trabajé mucho con químicos y en el frigorífico, en el frío donde estaba, el congelador y ahí cuando de repente dejo todo, ahí me vinieron los problemas (...)”. (Ana, 33 años)

Esta situación de salud se agudiza si tenemos en cuenta la estructura de la cotidianidad de los sectores populares, por un lado; y el stock de dinero disponible en las unidades domésticas que componen, por otro.

Respecto de la **estructura de la cotidianidad**, las exigencias frecuentes de reproducción alojan la atención de la salud de los sectores populares en un lugar subalterno, entendiendo a la salud como un rubro de consumo relativamente elástico (Llovet, 1984):

“A: Ay no paro, no paro y estoy...me estoy enfermado de tanto que...no puedo porque es como que yo llevo mi casa (...) no doy abasto con todo (...) y me agarran esos picos de estrés (...)”

(¿Y fuiste al médico? ¿Sacaste algún turno?)

A: No porque no tengo tiempo (...)”. (Ana, 33 años)

En el caso de las mujeres esto se complejiza debido a que, dentro de las necesidades cuya satisfacción depende de ellas, se encuentra el cuidado de la salud. Dicho cuidado se comprende en sentido amplio, el cual abarca la atención y prevención de enfermedades, así como también todas las actividades que hacen parte de la conservación y el desarrollo de la vida cotidiana (Fernández y Stolkiner, 2013).

En relación al **stock de dinero disponible**, Llovet explica que los costos que deben enfrentar los sectores populares en relación a la atención de la salud retrasa, por ejemplo, la oportunidad de consulta, creando incertidumbre acerca de la factibilidad de repetir otras consultas; al mismo tiempo que dificulta la posibilidad de adquirir medicación específica (Llovet, 1984):

“A: No consigo el spray, tampoco me lo puedo comprar (...)”

(¿Y en la sala no lo tienen?)

A: No lo tienen y yo no me lo puedo comprar, porque no tengo plata”. (Ana, 33 años)

Todas estas cuestiones descritas condicionan la percepción de síntomas en las mujeres, los cuales se registran tardíamente; derivando así en una **utilización post-fáctica de los servicios de salud**, caracterizada por ser una utilización tardía y postergada en relación a la evolución de la enfermedad y, a

pesar de cumplir el rol de agentes sanitarios primarios, las mujeres no poseen tiempo ni espacio para escuchar y atender su cuerpo (Llovet, 1984):

“M: Al Sommer empecé a ir ahora por el tema de la boca (...) porque juntaba la plata pero siempre la tenés que usar para otra cosa (...)”. (María, 42 años)

Esto se debe a que las múltiples cargas que deben afrontar las mujeres con las contradicciones del trabajo remunerado, las del trabajo doméstico y las vinculadas a la reproducción biológica y sus sostén, como lo es el cuidado de la salud, configuran un **perfil epidemiológico específico en las mujeres** el cual se encuentra subordinado a satisfacer las necesidades del grupo doméstico (Breilh, 1991). En consecuencia, todo ello junto a la falta de actividades de ocio, implica un mayor deterioro en el cuerpo de las mujeres.

Salud y violencia

Respecto de las dificultades de salud que se le presentan a ambas entrevistadas, cabe mencionar a la violencia de género como problema de salud pública; el cual posee resultados negativos para la salud de las mujeres, asociado a riesgos y problemas en la salud reproductiva, enfermedades crónicas, consecuencias psicológicas, lesiones varias y hasta la muerte (Alvarado Rigores & Guerra, 2012). Al mismo tiempo que lleva al deterioro de las relaciones sociales de solidaridad y cooperación que constituyen las redes de relaciones primarias y secundarias para las mujeres víctimas.

En el caso de las informantes, una de ellas logró enfrentar la situación de violencia a partir de recibir asistencia profesional en un espacio de contención al que acudió derivada del ámbito de la justicia; mientras que otra de ellas, refiere padecer múltiples expresiones de violencia que son problematizadas a partir de las vivencias atravesadas en su familia de origen, pero aún no logra romper el vínculo con su agresor.

Salud sexual y reproductiva

En relación a este apartado, es pertinente señalar que el acceso a la salud y la utilización de sus servicios, en el caso de las entrevistadas, se ve restringido casi exclusivamente a la vida reproductiva. Esto se debe principalmente, a la medicalización de los eventos que recorren a las mujeres en términos reproductivos. Y dichas consultas surgen ante alguna dificultad o molestia, no se dan en términos preventivos (Necchi, 1992).

Respecto de la salud sexual, las informantes manifiestan no haber recibido educación sexual, por lo que la elección y utilización de métodos anticonceptivos se dio de manera tardía, es decir, ya habiendo transitado embarazos:

“A: (...) Me empecé a cuidar con pastillas al tercero pero antes no, no me cuidaba porque no tenía los recursos. Bah...había recursos pero no sabía yo porque no tenía la enseñanza, que uno te enseñe (...) No sabía lo que era la inyección, no sabía lo de la pastilla, hasta que pude (...)”. (Ana, 33 años)

Al mismo tiempo, se observa que la elección y utilización del método surge como responsabilidad exclusiva de las mujeres. Ambas informantes manifestaron a lo largo de la entrevista interferencias por parte de sus parejas en la anticoncepción, ya sea dificultades para hablar acerca de utilizar tal o cual método, hasta cuestionar o boicotear el uso de las posibilidades anticonceptivas; aquello que Miller denomina coerción reproductiva (Miller, 2012):

“M: (...) Yo me quería cuidar pero él no quería que me cuida. Yo había ido a la salita, me daban anticonceptivos, ‘¿para qué te cuidas?’ me decía (...) que ‘te estás acostando con otro’ (...).” (María, 42 años)

Acercas de la concepción y las experiencias de maternidad, las entrevistadas manifiestan no haber planificado sus embarazos con expresiones tales como “iban viniendo”. Sobre ello, Fernández y Tajer explican que en la elección de la maternidad, se ponen en tensión cuestiones no sólo subjetivas, sino también posibilidades sociales e históricas (Fernández y Tajer, 2006). De modo que las posibilidades de autonomía que construyeron las informantes se han visto condicionadas por sus historias personales y familiares, el contexto socioeconómico en el que crecieron, la educación recibida, el lugar ocupado por la mujer en los espacios en los que se desenvuelven, entre otras cuestiones. Al mismo tiempo, las experiencias de maternidad fueron atravesadas en soledad ya que las parejas estuvieron ausentes en casi la totalidad del proceso.

Por otro lado, para aquellas mujeres en quienes la maternidad escapa a toda posibilidad de previsión, la interrupción del embarazo aparece como coprotagonista de las historias relatadas (Ramos, 1984). En el caso de una de las entrevistadas, la experiencia de maternidad fue resultado del fracaso de intentos de aborto. Esto se debió a dos razones: 1) el método utilizado no fue efectivo, debido a que la administración de la medicación fue errónea; y 2) los métodos utilizados no eran abortivos, como por ejemplo, la infusión de un “te de orégano con quince aspirinas y diez genioles”. Otra de las informantes se practicó dos abortos efectivos al estar en condiciones de pagarlo. La que los llevó adelante fue la enfermera del barrio.

De este modo, damos cuenta que la efectividad del método depende, entre otras cosas, de las posibilidades económicas de las mujeres que deciden llevar adelante el aborto; por lo cual señalamos que la interrupción del embarazo posee un atravesamiento de clase. Al mismo tiempo que deben enfrentar el peso del tratamiento social que recibe su elección, lo cual es una muestra de los efectos de las estrategias de disciplinamiento y control hacia el cuerpo y subjetividad de las mujeres.

Concepción de la propia salud

Por último, resulta pertinente plasmar cómo definen las informantes qué es gozar de buena salud y cómo evaluarían su salud actualmente. Respecto del primer aspecto, se relaciona el gozo de buena salud con la experiencia de la fuerza física; lo cual sucede con frecuencia dentro de los sectores populares, ya que dicha fuerza física constituye la principal herramienta de trabajo para tales sectores y, por ende, significa el principal ingreso económico del grupo familiar

(Necchi, 1992):

“(Si yo te preguntara que es tener buena salud, ¿Qué me dirías?)”

A: *A veces yo me siento bien, me siento con fuerza (...)*

(¿Qué es sentirse con fuerza?)

A: *Tener bien el físico no (...)*. (Ana)

En relación a la situación de salud que atraviesan las informantes en la actualidad, ambas refieren la necesidad de “*tomarse un descanso*”, “*arreglarse*”, “*salir a algún lado*”, es decir, evidencian la necesidad de un tiempo propio; el cual no existe como derecho social, siendo éste un elemento determinante del bienestar y que posee un marcado componente de género (Pérez Orozco, 2006). Esto se complejiza si tenemos en cuenta el costo que significa para la salud de las mujeres en general, y para las mujeres de sectores populares en particular; llevar adelante tareas de cuidado al interior del grupo familiar y en los espacios que se insertan laboralmente.

Reflexiones en torno al Trabajo Social

La caracterización del perfil de salud/enfermedad/atención de las informantes, aporta elementos tendientes a describir las condiciones de vida de las mujeres de sectores populares en el actual contexto socio-económico; a partir de considerar aspectos de tipo subjetivo y objetivo de la cotidianidad. Lo cual, según Mallardi, retomando los aportes de Lamamato, hace referencia a la “*cuestión social*” ya que ésta implica, tanto determinaciones históricas objetivas que condicionan la vida de los individuos, como dimensiones subjetivas, producto de la acción de los sujetos (Mallardi, 2015).

En este sentido, el siguiente artículo se propone dar cuenta de las prácticas desplegadas por las mujeres, en respuesta a las necesidades de salud propias y de la unidad doméstica que componen, con el objetivo de aproximarse, a su vez, a aquellos aspectos de corte más general, que permitan vincular esos comportamientos “*individuales*”, que se expresan en los discursos, deseos y valoraciones de los sujetos, con la situación general de la clase social a la que pertenecen, en un momento histórico dado, en una organización social determinada, etc. Esto se debe a que consideramos que recuperar la relación entre los aspectos singulares y los aspectos más generales de las situaciones que atraviesan los sujetos, contribuyen a desarrollar una mirada crítica del profesional del Trabajo Social sobre los procesos sociales.

Al respecto, Pontes refiere lo siguiente:

“En la dialéctica entre lo universal y lo singular se encuentra la llave para desvendar el conocimiento del modo de ser del ser social. Lukács llama esa dialéctica de particularidad, caracterizándola como campo de mediaciones. Es en ese campo de mediaciones que los hechos singulares se vitalizan con las grandes leyes tendenciales de la universalidad, y dialécticamente las leyes universales se saturan de realidad” (Pontes, 2003: 210).

Es decir, para comprender la singularidad, en el mundo de la inmediatez, es necesario avanzar en sucesivos procesos de generalización, en búsqueda de las leyes sociales que caracterizan la universalidad. Es en el ejercicio de tal proceso que aparece la particularidad (Mallardi, 2013).

En relación a nuestra profesión, la categoría mediación aporta elementos tendientes a conocer la realidad en su complejidad, por un lado; al mismo tiempo que crea medios para transformar las situaciones problemáticas concretas sobre las cuales intervenimos (Pontes, 2003). Dicho de otro modo, para superar la fragmentación, la psicologización, la moralización en los procesos de intervención, se deben reconocer las múltiples determinaciones y mediaciones que articulan los procesos de pauperización de distintos sectores de la sociedad con la contradicción fundamental capital-trabajo; lo que a su vez se expresa en las múltiples estrategias que despliegan los sectores populares para garantizar su reproducción biológica y social (Mallardi, 2015).

De esta forma, desarrollar la acción profesional a partir del trinomio singularidad/universalidad/particularidad permite mediatizar las demandas de la población usuaria, en vistas a superar el plano de la singularidad, que plantea una situación única como problema individual/familiar, mediante las determinaciones históricas, es decir, en el entrecruzamiento de las complejidades sociales que componen la realidad (Pontes, 2003). Éstas constituyen aspectos fundamentales para la definición de estrategias de intervención viables y coherentes, y con capacidad para la transformación de dicha realidad en dirección de un determinado proyecto socio-profesional (Mallardi, 2013).

Consideraciones finales

A modo de cierre, queremos retomar algunas cuestiones que permitan recapitular sobre aquello que orientará la realización del trabajo final de graduación y, en este sentido, del siguiente artículo.

En primer lugar, resulta pertinente mencionar las características que asume la relación que poseen las mujeres con el acceso y la atención de la salud. Estas son: la utilización tardía y postergada de los servicios de salud, la cual se encuentra principalmente ligada a la vida reproductiva; las prácticas orientadas por el conocimiento cotidiano, el cual intenta incorporar la palabra médica; la caracterización de una “buena salud” a partir de la experiencia de la fuerza física; así como también, la percepción de lo mórbido como aquello que se puede ver, que se manifiesta en lo externo, en el afuera.

En segundo lugar, y a partir de tener en cuenta que son las mujeres hacia el interior de la unidad doméstica quienes se encuentran al cuidado de la salud familiar, resulta pertinente señalar que tales servicios públicos deben incorporar la perspectiva de género en materia de salud. Y considerar cómo esas múltiples cargas que atraviesan las mujeres, entre las que se encuentra ser las agentes sanitarias primarias, configuran un perfil epidemiológico específico en las mismas.

Al mismo tiempo que dejar de ocultar de manera deliberada el rol que ocupa la mujer en el proceso de salud/enfermedad/atención, permita al sistema de salud

responder de manera integral y contextualizada a las problemáticas de salud que padece la población a nivel del sujeto y/o del grupo social que conforman.

Por último, consideramos puntualizar que las características que describen la relación de las mujeres y el acceso a la salud, condicionan el perfil de salud/enfermedad/atención de las informantes. Y que, puesto en relación con aspectos más generales como lo es la inserción en la estructura socio-productiva de las entrevistadas, dan cuenta del alto costo que deben pagar las mujeres a raíz de la nula presencia estatal.

En suma, muchos de los aspectos descriptos constituyen una muestra de la profundización de los mecanismos de exclusión que despliega el capitalismo tardío, lo cual deriva, explica Ciriza (2006), no sólo en una feminización de la pobreza sino también de la supervivencia. Donde las mujeres son las encargadas exclusivas de garantizar la reproducción cotidiana de sus unidades familiares ante las políticas de ajuste y la retirada del Estado, a cambio del deterioro de su salud.

De este modo, todo lo dicho anteriormente debe proveer elementos tendientes a la problematización del ejercicio profesional cotidiano, a partir de la incorporación y reflexión en torno a las categorías analizadas; favoreciendo así una mirada crítica del profesional del Trabajo Social sobre los procesos sociales.

Bibliografía

- Alvarado Rigores, M. & Guerra, N. (2012). "La violencia de género. Un problema de salud pública". En: revista *Interacción y Perspectiva*. Vol. 2, n°2, 117-130.
- Aréchaga, A.J. (2010). "El cuerpo y las desigualdades sociales: el espiral de la reproducción social". En: revista *Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, año 2, n°2, 16-26.
- Barcala, A. & Stolkiner, A. (2001). "Estrategias de cuidado de la salud en hogares con necesidades básicas insatisfechas: estudio de caso" (versión electrónica). *Jornadas Gino Germani*. Buenos Aires.
- Boltanski, L. (S/D). "Los usos sociales del cuerpo: 1ra y 2da parte".
- Breilh, J. (1991). "La triple carga: trabajo, práctica doméstica y procreación. Deterioro prematuro de la mujer en el Neoliberalismo". CEAS. Quito.
- Ciriza, A. (2006). "Ciudadanas en el siglo XXI: sobre los ideales de la ciudadana global y la privatización de derechos". En: revista *Utopía y Praxis Latinoamericana*. Año 11, n°33, 39-55.
- Federici, S. (2015). "Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria". Tinta Limón. Buenos Aires.
- Fernández, T. & Stolkiner, A. (2013). "Las prácticas de cuidado de la salud de las personas adultas mayores institucionalizadas". En: *Anuario de Investigaciones*, vol. 10, 303-310.
- Fernández, A.M. & Tajer, D. (2006). "Los abortos y sus significaciones ima-

- ginarias: dispositivos políticos sobre los cuerpos". En: S. Checa (Comp.), Realidades y coyunturas del aborto: entre el derecho y la necesidad, (pp. 33-46). Paidós. Buenos Aires.
- Llovet, J. (1984). "Servicios de salud y sectores populares. Los años del Proceso". CEDES. Buenos Aires.
- Mallardi, M.W. (2013). "Cuestión social y situaciones problemáticas: aportes a los procesos de intervención en Trabajo Social". Revista Catedra Paralela, n°9, 14-30.
- Mallardi, M.W. (2015). "Cuestión social y cotidiano: implicancias objetivas y subjetivas de la sociabilidad capitalista". Dynamis. La Plata.
- Menéndez, E. (2003). "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". En: Ciencia y Salud Colectiva, 8(1), 185-207.
- Miller, L. (2012). "Sabotaje de los métodos anticonceptivos". www.bedsider.org/es/features/252-abuse-by-birth-control-sabotage. Bedsider. Pittsburgh.
- Necchi, S. (1992). "Distintos actores sociales frente a su cuerpo. Medicina y Sociedad" vol. 15, n°4, S/D.
- Pérez Orosco, A. (2006). "Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico". En: revista de Economía Crítica, n°5, 7-37.
- Pontes, R.N. (2003). "Mediación: categoría fundamental para el trabajo del asistente social". En: E. Borgianni, Y. Guerra & C. Montañó (Orgs.), Servicio Social Critico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional, (pp. 201-220). Cortez Editora. San Pablo.
- Ramos, S. (1984). "Maternidad en Buenos Aires: la experiencia popular". Cedes. Buenos Aires.
- Rozas Pagaza, M. (1998). "Una perspectiva teórico-metodológica de la intervención en Trabajo Social". Espacio Editorial. Buenos Aires.
- Tajer, D., Lo Russo, A., Fontenla, M. Gaba, M. & Reid, G. (2009). "Ruta crítica de la salud de las mujeres: integralidad y equidad de género en las prácticas de salud de las mujeres en la ciudad de Buenos Aires". S/D.