

Universidad Nacional de Rosario  
Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales  
Licenciatura en Trabajo Social

Trabajo Integrador Final

**“Derechos Sexuales y Derechos  
Reproductivos ¿para todxs? Una mirada  
desde el Centro de Asistencia a la Comunidad  
(CEAC)”**

**Autoras:** Chiari Stefanía y Moriconi Lucila

**Directora:** Boschetti Silvina

**Lugar y fecha** 11 de marzo de 2022

**Correos electrónicos:** [steefi.chiari@gmail.com](mailto:steefi.chiari@gmail.com), [moriconiluci@gmail.com](mailto:moriconiluci@gmail.com)

## **AGRADECIMIENTOS**

*A nuestras familias por el amor, la confianza y apoyo incondicional que nos brindaron para transitar este camino.*

*A Silvana Boschetti por la paciencia, el acompañamiento, el tiempo y la confianza que nos transmitió para que este trabajo sea posible.*

*A nuestrxs amigxs, en especial a aquellxs que estuvieron presentes en cada paso que íbamos dando a lo largo de este recorrido.*

*A lxs facuamigxs que compartieron con nosotras experiencias y aprendizajes valiosos que nos permitieron ir creciendo como futuras profesionales.*

*A lxs tutores de las prácticas, Mariana Bautista y Gonzalo Ghio, por su predisposición de compartir saberes para con nosotras posibilitándonos una continua problematización sobre el Trabajo Social y su intervención.*

*Al equipo del Centro de Asistencia a la Comunidad por abrirnos las puertas y la voluntad de responder a las entrevistas que fueron de suma importancia para el desarrollo de este trabajo.*

*A la Universidad Nacional de Rosario, a la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales, en especial al Trabajo Social por darnos un espacio de formación público que no solo nos fue construyendo en lo profesional sino también en lo personal.*

*A lxs que de una u otra manera aportaron y colaboraron para que este trabajo sea posible.*

*A nuestra amistad que nos permitió avanzar en cada paso de este camino juntas, superando las diferencias y desencuentros, para culminar con la realización en conjunto de este trabajo.*

*A todxs y a cada unx de ustedes ¡Muchas Gracias!*

*Lucila y Stefanía*

## ÍNDICE

Resumen.....	5
Palabras claves.....	5
Introducción.....	6
¿De qué se trata?.....	6
Antecedentes.....	9
Metodología.....	10
Estructura de trabajo.....	11

### MOMENTO 1

#### Acercándonos al Centro de Asistencia a la comunidad

Organización del sistema de salud.....	14
Centro de Asistencia a la Comunidad.....	18
Sus inicios.....	19
Una institución, dos administraciones.....	21
Atención y registro.....	22
Conociendo a nuestra población objetivo: lxs jóvenes.....	22

### MOMENTO 2

#### Pensando a las saludes desde el feminismo

Salud feminista.....	25
Salud Sexual y Reproductiva.....	28
Aportes para repensar a lxs sujetxs.....	29

### MOMENTO 3

#### Historizando los derechos sexuales y reproductivos: los logros de las luchas

Surfeando la segunda ola del feminismo.....	32
Marco normativo.....	33
Ámbito internacional.....	33

Ámbito nacional.....	34
Ámbito provincial.....	37
Ámbito municipal.....	39
Los comienzos de las consejerías.....	40

#### **MOMENTO 4**

##### **Mirando a la Consejería desde un pensar situado**

Bienvenidxs a la Consejería del CEAC.....	42
Interpelando a la profesión: por un Trabajo Social decolonial.....	46

#### **MOMENTO 5**

##### **Apostando a la construcción colectiva**

Nuestra propuesta de práctica disciplinar.....	49
Reflexiones Finales.....	57
Bibliografía.....	60

## RESUMEN

Nuestro trabajo, el cual realizamos en formato de Práctica Disciplinar, responde al Trabajo Integrador Final (TIF) de grado de la Licenciatura en Trabajo Social dictada en la Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional de Rosario.

El tema versará sobre el campo salud a partir de la Salud Sexual y Salud Reproductiva, centrándonos en la Consejería de Salud Sexual y Planificación Familiar, que tiene funcionamiento en el Centro de Asistencia a la Comunidad (CEAC).

Tomando como orientadores los siguientes interrogantes: ¿En qué medida la Consejería aporta a garantizar el ejercicio pleno de los Derechos Sexuales y Reproductivos? ¿Cuál es la población que mayormente se acerca a la Consejería? ¿Cómo se concibe al sujeto de intervención? ¿De qué manera funciona la Consejería? ¿Cómo es la intervención del Trabajo Social dentro del equipo?

Palabras claves: Salud Feminista - Derechos sexuales y reproductivos - Juventudes - Trabajo Social.

## INTRODUCCIÓN

### ***¿De qué se trata?***

Nuestro trabajo, el cual realizamos en formato de Práctica Disciplinar, responde al Trabajo Integrador Final (TIF) de grado de la Licenciatura en Trabajo Social dictada en la Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional de Rosario.

El tema de nuestro TIF versará sobre el campo<sup>1</sup> salud a partir de la Salud Sexual y Salud Reproductiva, centrándonos en la Consejería de Salud Sexual y Planificación Familiar, que tiene funcionamiento en el Centro de Asistencia a la Comunidad (CEAC). El mismo se sitúa en calle Esmeralda 2363, perteneciendo al Barrio República de La Sexta en la ciudad de Rosario.

Haciendo referencia al título “Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos ¿para todxs? Una mirada desde el Centro de Asistencia a la Comunidad (CEAC)”, el mismo fue elegido a fin de problematizar la garantía plena de estos derechos para toda la población; situándonos para esto en la Consejería de Salud Sexual y Planificación Familiar del CEAC.

El interés por la temática elegida surge en el transcurso de nuestras prácticas profesionales durante los años 2018, 2019 y 2020 desarrollándose las mismas en el “Centro de Salud Provincial N° 28”, “Centro de Salud Provincial N° 25 FONAVI” y “Centro de Asistencia a la Comunidad” correspondientemente.

En el primer año de prácticas participamos, en el marco del Programa Nueva Oportunidad, del tercer tiempo. En un primer momento realizamos actividades con lxs jóvenes concurrentes evidenciando un creciente interés de lxs mismxs por la sexualidad, el cuidado y la reproducción; esto nos invitó a pensar talleres que abordaran estas inquietudes. A lo largo del

---

<sup>1</sup> Tomando a Bourdieu se define, entre otras formas, definiendo aquello que está en juego y los intereses específicos, que son irreductibles a lo que se encuentra en juego en otros campos o a sus intereses propios (...) y que no percibirá alguien que no haya sido construido para entrar en ese campo (...). Para que funcione un campo, es necesario que haya algo en juego y gente dispuesta a jugar, que esté dotada de los habitus que implican el conocimiento y reconocimiento de las leyes inmanentes al juego, de lo que está en juego. (1990, p 109)

tiempo las participantes mujeres fueron manifestando dificultades para continuar con la asistencia a las actividades por su rol de cuidadoras y de madres; por lo tanto, con la trabajadora social y la psicóloga decidimos llevar a cabo un espacio de juegos destinado a lxs hijxs de las jóvenes participantes, el mismo funcionaba paralelamente en los horarios del Nueva Oportunidad. Este abordaje se pensó desde la perspectiva de género considerando que las mujeres tienen derecho a la igualdad de oportunidades, y a pensarse en sus intereses y deseos por fuera de la maternidad.

Durante el segundo año, nuestras prácticas se enfocaron principalmente en el acompañamiento de trayectorias de vida de la población concurrente al efector de salud; evidenciándose como una de las problemáticas más presentes cuestiones referidas a la salud sexual y reproductiva. Debido a esto y partiendo del interés por la temática, tomamos en conjunto con nuestra tutora la decisión de observar y participar en una intervención sobre una situación que ponía en jaque los mandatos sociales en torno a la maternidad. Este trabajo nos permitió continuar desnaturalizando y problematizando ciertos aspectos de las intervenciones profesionales en torno a la salud sexual y salud reproductiva junto con las dificultades generadas por determinadas falencias en el marco normativo.

Nuestro último año de prácticas se encontró atravesado por la pandemia del Covid-19 lo cual nos llevó a pensar nuevas formas de relacionarnos y ejercer el Trabajo Social. En este contexto tuvimos que cambiar de centro de prácticas, incorporándonos de manera virtual, dada la situación sanitaria, al CEAC. En este proceso de aprendizaje acompañamos al espacio de Trabajo Social en el conocimiento del Plan Potenciar, orientado a mujeres víctimas de violencia de género con el objetivo de garantizar la independencia económica de las mismas. Además nos interiorizamos sobre el Equipo Interdisciplinario de Vulneración de Derechos en Niños, Niñas y Adolescentes, en lo que corresponde a su funcionamiento, sus protocolos de actuación, entre otras cuestiones. Por último, no por eso menos importante sino todo lo contrario, nuestro tutor nos compartió la experiencia de la “Consejería de Salud Sexual y Planificación Familiar” de la

institución; esto tomó gran importancia para nosotras debido a que fue el primer acercamiento que tuvimos a un dispositivo específico de salud sexual y salud reproductiva en un efector de salud, ya que si bien anteriormente habíamos presenciando intervenciones sobre situaciones correspondientes a esta temática no había un espacio determinado para la misma.

Paralelamente a nuestra formación académica, los derechos sexuales y derechos reproductivos se pusieron en agenda por parte de la sociedad, motorizados por los movimientos feministas, provocando un creciente interés en nosotras como estudiantes. Llevando a interiorizarnos acerca de los mismos, tanto dentro del ámbito de la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales como por fuera. De este modo, el tema nos convocó a introducirlo tanto en trabajos prácticos, en la elección a cursar la Unidad Electiva (Aborto y Trabajo Social) y en la decisión de realizar la Diplomatura en Acompañamiento y Abordaje Territorial de Situaciones de Violencia por Razones de Género.

Es por esto que pensamos que la Salud Sexual y Salud Reproductiva es un tema relevante que necesita ser trabajado ya que en nuestro paso por los centros de prácticas, centros de salud más específicamente, visibilizamos ciertas vacancias en torno al modo de generar los acuerdos para garantizar los derechos de Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Por tal motivo, nos parece importante problematizar los abordajes desde una propuesta que pueda comprender estas saludes de manera integral y sin distinción sexogénica y analizar la intervención social del Trabajo Social con enfoque de derechos y perspectiva de género en esta problemática.

La población destinataria de nuestra propuesta son lxs juventudes sin distinción sexogénica, partiendo de sostenerla en su pluralidad (en oposición a "juventud") ya que no representa una categoría unívoca, comprendiendo que agrupar a todxs lxs jóvenes en la misma implica el

"olvido de la estructuración de la sociedad en clases sociales (...) que ignoraría las distintas condiciones materiales y sociales de existencia asociadas a las diferentes

posiciones en la estructura social, en las relaciones de producción y en la distribución de las distintas especies de capital”. (Criado, 1998, pp 4-5)

Concibiendo a lxs juventudes como una categoría construida socioculturalmente, “no se trata de una “esencia” (...) la mutabilidad de los criterios que fijan los límites y los comportamientos de lo juvenil, está necesariamente vinculada a los contextos sociohistóricos, producto de las relaciones de fuerza en una determinada sociedad” (Reguillo, 2003, p 104).

A su vez, creemos necesario explicar también el por qué elegimos el formato de práctica disciplinar; la misma se debe a que consideramos que la propuesta de intervención es un instituyente sobre lo instituido tanto en generar problematizaciones en el funcionamiento de la consejería de la institución como en escuchar las voces de lxs actores con sus experiencias en salud comunitaria, mediante la cual realizaremos aportes para repensar la intervención profesional dentro de esta área de interés.

Además, nuestra decisión de llevar adelante este TIF de manera grupal, se fundamenta en nuestro recorrido en conjunto por distintos centros de práctica y de formación; y a su vez por lo que implica poner en común determinadas reflexiones y pensamientos que nos permiten problematizar(nos) desde lo personal e individual.

### ***Antecedentes***

Para comenzar, indagamos sobre el estado del arte, tanto de lo producido sobre la institución (CEAC) como de la temática (Salud Sexual y Salud Reproductiva). Para esto recuperamos material tanto en formato digital como impreso dentro de los cuales seleccionamos aquellos más relevantes para nuestro trabajo.

La primera, perteneciente a Carlos Alfredo Jesús López, realizada en el año 2009, titulada *“El Trabajo Social y su rol protagónico en la educación No Formal”*. En la misma se presenta tanto el Centro de Asistencia a la Comunidad (CEAC) como el Barrio “República La Sexta”, donde se encuentra ubicada la institución; además desarrolla cuestiones relativas a la educación

presentando diferentes tipos de pedagogías, enfocándose en el rol del Trabajo Social en la educación no formal desde Paulo Freire.

Otra de las tesinas, del año 2015 de Ma. José Rodríguez Peña, titulada: “*Entre sombras y máscaras. Más allá del maquillaje. Una lectura con perspectiva de género de una experiencia de taller en CeAC, Centro de Asistencia a la Comunidad*”. Dicho trabajo parte de la sistematización de la experiencia vivida en el CEAC, y realiza aportes sobre las temáticas de género, feminismos, participación e intervenciones en co-construcción del Trabajo Social.

Por otro lado, las dos tesinas que presentamos a continuación nos brindaron información y orientación sobre lo referido a la Salud Sexual y Salud Reproductiva, desde lo tendiente al marco normativo como así también un acercamiento a lo teórico.

En primer lugar, el trabajo titulado “*El lugar del Trabajo Social en la atención de situaciones de Interrupción Legal Embarazo*”, de Lucía Lasagna (2019). En esta producción escrita se presenta el marco normativo en todos sus niveles sobre el derecho al aborto, la organización del sistema de salud en Rosario y el lugar que ocupan las consejerías dentro del mismo; y por último desarrolla cuestiones propias de la intervención del Trabajo Social en la salud pública.

En segundo lugar, la propuesta escrita “*Salud sexual y salud reproductiva de adolescentes. El caso del Hospital Justo José de Urquiza en la ciudad de Concepción del Uruguay*”, Rocio Kobylanski (2020). En la misma se historizan las luchas, debates y derechos de la Salud Sexual y Salud Reproductiva, desarrollando, a su vez, leyes y programas relativos a la temática de carácter nacional; sosteniendo para su trabajo un enfoque de derechos y perspectiva de género en la atención de la Salud Sexual y Salud Reproductiva.

### **Metodología**

A partir del conocimiento del espacio de intervención, para la obtención de información y el posterior diagnóstico de situación, realizamos entrevistas pautadas con el equipo profesional que se desenvuelve en la Consejería de Salud Sexual y Planificación Familiar del CEAC. Las

mismas se llevaron a cabo a partir de una guía o ejes orientadores, siendo éste un formato de entrevistas semi-estructuradas. Además tomamos como fuentes secundarias nuestros propios registros de campo, observaciones realizadas en la propia institución, registros institucionales y todo aquello que nos fue aportado por lxs trabajadores durante nuestro año de prácticas.

En función del análisis de las entrevistas realizadas desarrollamos nuestra propuesta para aportar al funcionamiento de la “Consejería de Salud Sexual y Planificación Familiar” de la institución, desde los aportes de la salud feminista y de la educación popular.

Tomando como orientadores de nuestra propuesta a los siguientes interrogantes: ¿En qué medida la Consejería aporta a garantizar el ejercicio pleno de los Derechos Sexuales y Reproductivos? ¿Cuál es la población que mayormente se acerca a la Consejería? ¿Cómo se concibe al sujetx de intervención? ¿De qué manera funciona la Consejería? ¿Cómo es la intervención del Trabajo Social dentro del equipo?

### ***Estructura de trabajo***

Para el desarrollo de este trabajo elegimos una estructura de momentos, lo cual es únicamente con un fin organizativo ya que los mismos se encuentran en total retroalimentación, siendo los cuatro momentos el sustento teórico-epistemológico-metodológico de nuestra propuesta, quinto y último momento.

En el primer momento se presentará, de manera breve, la organización y el funcionamiento del sistema de salud de la Provincia de Santa Fe, haciendo hincapié en Atención Primaria de la Salud (APS) para poder situar la institución con la cual trabajaremos.

Luego ubicaremos geográficamente al CEAC, posteriormente realizaremos una historización del mismo centrándonos en algunas de las principales características de la institución, la cogestión y la territorialidad.

En línea con esto desarrollaremos un apartado enfocado en la población que concurre al efector de salud, adentrándonos a la presentación de nuestra población objetivo, juventudes sin distinción sexogenérica.

Dentro del segundo momento expondremos el marco teórico elegido, el cual nos permitirá hacer un análisis de la situación sobre la cual vamos a trabajar, y a su vez pensar en nuestra propuesta. La perspectiva teórica que se encontrará presente es la teoría decolonial y partiendo de esta, como teoría sustantiva nos centramos en la perspectiva teórica denominada feminismo decolonial (concepto que fue propuesto por María Lugones en el año 2008).

Centrándonos en el campo salud decidimos desde un punto de vista crítico, adoptar la perspectiva de Salud Feminista, ya que la misma construye a las saludes de manera colectiva, pensándolas a partir del sostenimiento de redes formadas por pluralidades de voces y saberes, que reclaman soberanía corporal entendiendo al cuerpo como un territorio donde se disputa poder. Siendo esta teoría nuestro eje orientador para el abordaje de la Salud Sexual y Salud Reproductiva, que también serán desarrolladas.

En consonancia con esto, se encontrarán aportes de Paul B. Preciado referidos a la Teoría Queer que nos permitirán fundamentar la elección de nuestra población objetivo.

El tercer momento comenzará con una breve explicación de la segunda ola del movimiento feminista, la cual sentó las bases para la visibilización y puesta en agenda pública de diversas desigualdades y opresiones, haciendo hincapié en los derechos sexuales y reproductivos.

Luego haremos referencia al marco normativo (a nivel internacional, nacional, provincial y municipal) que garantiza el acceso a la Salud Sexual y Salud Reproductiva; el cual sostenemos como un instituido que se ve en permanente transformación, modificándose por los movimientos de institucionalización propios de las fuerzas sociales que pujan por las transformaciones del mismo.

Al estar nuestra propuesta referida a la consejería del CEAC, presentaremos brevemente el momento en el cual surgieron las mismas, entendiéndolo como base para pensar nuestro trabajo.

En el cuarto momento situándonos dentro de la institución elegida para trabajar (CEAC), y específicamente en lo que respecta a la “Consejería de Salud Sexual y Planificación Familiar”, procederemos a desarrollar brevemente aspectos centrales de la misma; entre ellos el trabajo interdisciplinario.

A continuación, esclareceremos que propuesta de intervención del Trabajo Social adoptamos, siendo la misma la desarrollada por María Eugenia Hermida, quien sostiene que la intervención profesional debe llevarse a cabo desde un pensar situado; la autora también nos brinda aportes para problematizar al sujeto de intervención que se nos presenta.

Por último en el quinto momento se encontrará desarrollada nuestra propuesta, para la que decidimos tomar los aportes de educación popular desarrollados por Paulo Freire y Claudia Korol, quien repiensa y problematiza lo expuesto por el primero desde una perspectiva feminista; ya que junto con la teoría plasmada anteriormente, nos permitirán justificar el camino elegido para la construcción de nuestra propuesta.

En base a esto, expondremos el objetivo general de la propuesta, los objetivos específicos y en función de los mismos las actividades que consideramos necesarias para un acercamiento a lo propuesto.

A modo de cierre de este escrito se presentarán las reflexiones finales donde llevaremos adelante un diálogo entre todos los momentos, a fin de concluir con una síntesis en la cual se evidenciará el propósito de este trabajo y aportes para pensarnos como futuras profesionales de Trabajo Social.

*“(…) Queremos transformar el sistema de salud, cambiarlo todo para que cada una pueda vivir su sexualidad y su corporalidad con autonomía y libertad, y pueda acceder a una atención y acompañamiento sin violencias ni discriminación, y eso incluye necesariamente a los servicios de salud, sus prácticas y sus lógicas de organización. Identificar qué aspectos del funcionamiento del sistema de salud facilitan el acceso a los derechos y cuáles obstaculizan, reconociendo que los sentidos acerca de la salud y del rol del Estado como garante de derechos tienen un impacto en la subjetividad de las personas”*

(Ronderas Feministas. Fundación Soberanía Sanitaria, 2019, p 14)

## **MOMENTO 1**

### **Acercándonos al Centro de Asistencia a la Comunidad**

#### ***Organización del sistema de salud***

En este momento explicaremos la organización del sistema de salud de la Provincia de Santa Fe, debido a que lo creemos pertinente para situar la institución sobre la cual trabajaremos con nuestra propuesta.

La Red de Servicios Público/Estatal de la Provincia de Santa Fe está conformada por centros de atención provinciales y municipales, compuestos por hospitales, SAMCOs y centros de salud.

La estrategia de salud abordada se basa en innovación, atención y tratamiento de problemas, desde una perspectiva de salud ampliada; empleando el Modelo de Atención Primaria de la Salud (APS).

Siguiendo a Mario Rovere, APS es definida como:

“un conjunto de acciones programadas y evaluadas, de baja complejidad tecnológica, con énfasis en la promoción y protección de la salud y en la atención médica básica, identificadas a partir de estudios socio-epidemiológicos y con activa participación de la comunidad en todo su proceso”. (Asociación Médica de Rosario, 1989, como se citó en Rovere, s.f., pp 149-150)

Para profundizar sobre los fundamentos conceptuales, es importante destacar que la política de APS se sostiene fuertemente en “(...) la noción de derechos de las personas a vivir una vida digna, entre los cuales se inscribe el derecho a la salud” (Rovere, s.f., p 167).

En esta idea se reconocen los derechos como necesidades y demandas que se constituyen en objeto y meta de la política y en una relación con lxs ciudadanxs que lleva necesariamente a pensar en nuevos mecanismos que abran y otorguen un espacio a nuevxs actores, en un proceso de conciliación de intereses, prioridades, perspectivas y propuestas de acción dando lugar al diálogo, a los procesos de participación, al intercambio de información.

Respecto a la organización general de los efectores de salud, los mismos están establecidos territorialmente en 5 nodos (Nodo Reconquista, Nodo Rafaela, Nodo Santa Fe, Nodo Rosario y Nodo Venado Tuerto), situados cada uno de éstos en una región de la provincia. Su función se basa en informar, coordinar y distribuir recursos a los distintos sectores provinciales.

Según el grado de complejidad necesaria para la atención y el cuidado del ciudadanx, el Sistema de Salud se divide en 3 niveles, tanto en el ámbito provincial como en el municipal:

- El primer nivel está compuesto por los Centros de Salud, los cuales se encuentran próximos a lxs vecinxs, efectuando las primeras atenciones en materia de asistencia sanitaria. Tienen lugar actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Es así, que se garantiza el acceso al derecho a la salud mediante la centralidad del territorio.
- El segundo nivel, abordado por Samcos y Hospitales de mediana y baja complejidad otorga atenciones programadas y urgencias tanto de internación como ambulatoria y domiciliaria. Además se llevan a cabo actividades de docencia e investigación.
- El tercer nivel está integrado por los Hospitales de emergencia y alta complejidad que poseen capacidad de resolver tanto cuadros traumáticos, no traumáticos y patologías agudas clínico quirúrgicas.

Estos tres niveles son articulados por el SIES (Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias), sistema encargado de los vehículos de traslado y centrales de operaciones.

En ambas jurisdicciones se visibilizan ciertas líneas directrices de planificación y desarrollo de actividades que buscan establecer una conciliación entre los derechos políticos y sociales. Tal como lo plantea Mario Rovere en “Políticas para la gobernabilidad”, esta política se concreta en un proceso de descentralización para garantizar mayor acceso de la población, en especial de lxs más vulnerables, a servicios de salud gratuitos de calidad; administración correcta y consciente de los recursos; planificación de programas destinados al respeto de los derechos de género; producción de medicamentos facilitando el acceso a los mismos; el derecho a la participación y al acceso a la información por parte de lxs trabajadores y de la población.

Desde la lógica de trabajo de los centros de salud se habilita un proceso de intervención profesional que pone la atención en lx sujetx de manera integral teniendo en cuenta sus trayectorias de vida, su contexto social, cultural, económico y habitacional “...y en lo que respecta a la salud sexual y (no) reproductiva, considera que sus decisiones se encuentran atravesadas por múltiples configuraciones que implican relaciones sexo-afectivas, deseos, planificación y organización familiar, relaciones de género, proyectos de vida, entre otras” (Debonis, 2018, p 207).

Considerando también la definición que se propone de centro de salud desde la Municipalidad de Rosario que lo describe como

“el primer contacto que toman las personas con el sistema de salud público y donde se efectúan las primeras acciones de asistencia sanitaria, sus servicios están adaptados a las necesidades de la comunidad de cada barrio en particular. En él se realizan actividades de prevención, promoción y educación de la salud, como así también de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación”. (Debonis, 2018, p 206)

Podemos afirmar que existen ventajas en relación a la proximidad y territorialidad que favorece la presencia de la institución en el barrio.

El abordaje territorial de las situaciones particulares a partir de una descentralización de la salud, permite una mayor cercanía a lxs sujetxs, lo cual posibilita una intervención con una mirada integral<sup>2</sup> de la problemática. Otorga herramientas, tales como el conocimiento contextual socioeconómico y habitacional, que permiten ahondar sobre las causales, no interviniendo de manera paliativa.

Retomando la organización del sistema de salud en los tres niveles de complejidad, entendemos que se desarrolla un sistema de referencia-contrareferencia dentro del mismo. Esto posibilita una atención adecuada e integral a la complejidad de las necesidades de la población en relación a su estado de salud.

Tal como plantea Vignolo et al. (2011), el sistema de referencia se considera un procedimiento administrativo-asistencial que implica que un efector de salud transfiera la responsabilidad de atención a otro establecimiento de salud de mayor complejidad y capacidad operativa. Por el contrario, si bien el sistema de contrareferencia también tiene que ver con un procedimiento administrativo-asistencial, éste se caracteriza por la devolución de la responsabilidad al efector de salud en el cual fue referenciado, luego de la atención requerida, para el control y seguimiento del sujetx.

A partir de esta forma de organización del sistema de salud, se reconoce que existen algunos obstáculos en cuanto al trabajo en conjunto entre instituciones de diferentes niveles y jurisdicciones ya que llevan adelante diversos esquemas de trabajo, tienen otras lógicas, criterios, valores y puede no haber univocidad en las perspectivas de abordaje de las situaciones.

Estas condiciones pueden perjudicar el funcionamiento pensado y esperado del sistema de referencia y contrareferencia, repercutiendo en el cumplimiento efectivo de los derechos,

---

<sup>2</sup> La búsqueda de integralidad se torna un objetivo central en tanto las problemáticas sociales (...) son por definición multidimensionales. (...) Cuando se reconoce que los problemas sociales no son compartimentos aislados sino que son además interdependientes cuyas causas y efectos se superponen, modifican e interrelacionan; la convergencia de diversas intervenciones y la coordinación de los diversos abordajes y actores se torna una condición necesaria y un medio fundamental. (Pignatta, 2014, pp 40-41)

dentro de estos los que refieren a cuestiones de salud sexual y reproductiva, por la coexistencia de diversos paradigmas de intervención en base a esta temática.

*“A mi ahora me está pasando con las disidencias que no sé si tengo que derivar a un segundo nivel, cómo, a dónde, con quién (...) Por una cuestión histórica de discriminación que sufren las disidencias en los efectores de salud. Las instituciones de segundo nivel, que son las hospitalarias, son mucho más hegemónicas que los centros de salud. Entonces también es más difícil poder establecer esa comunicación”* (Médica Generalista y Coordinadora)

### **Centro de Asistencia a la Comunidad**

El Centro de Asistencia a la Comunidad, de aquí en adelante CEAC, es la institución en la cual realizamos nuestras prácticas profesionales y desde la que partiremos para el desarrollo de nuestro Trabajo Integrador Final (TIF) que hará foco en el dispositivo de la “Consejería de Salud Sexual y Planificación Familiar” de la misma.

Para esto recabamos información a partir de la lectura del libro “Como un puente sobre aguas turbulentas” de Saúl Ignacio Fuks (2015) y relatos del equipo profesional obtenidos mediante entrevistas que fueron realizadas para el desarrollo de nuestro trabajo final de la materia Práctica Profesional III<sup>3</sup>.

Geográficamente se sitúa en la calle Esmeralda 2363 en la ciudad de Rosario. Pertenece al Barrio República de La Sexta que comprende la zona entre calle San Martín y el río (este-oeste) y calle Av. Pellegrini y Bv. 27 de Febrero (norte-sur).

Una de las principales características del barrio consiste en la ambigüedad de su población, siendo que por un lado se encuentran asentamientos marginales y por el otro una clase media ligada al comercio y a diferentes profesiones. No obstante, consideramos que el

---

<sup>3</sup> Este trabajo fue realizado a fin de aprobar la materia Práctica Profesional III en el año 2020. El mismo se basa en un conocimiento del Centro de Asistencia a la Comunidad (centro de prácticas asignado por la cátedra) tanto en relación a su historización, funcionamiento y equipo profesional. La información fue brindada por parte del equipo profesional, principalmente por el trabajador social quien fue nuestro tutor de prácticas.

barrio se encuentra en constante movimiento producto de la llegada de nuevas familias al territorio.

### Sus inicios...

El surgimiento del CEAC se enmarca en el período de la vuelta de la democracia, que generó un gran impacto en nuestra sociedad y por consiguiente también en la universidad, permitiendo la recuperación del co-gobierno universitario a través de sus claustros y la jerarquización de las distintas funciones y áreas que la comprenden, siendo una de estas el área de extensión universitaria.

Es en ese marco donde junto con otros programas, en el año 1984, emerge el CEAC como un programa de la Secretaría de Extensión de la Universidad Nacional de Rosario y vinculado primeramente con la Escuela Superior de Psicología, la cual en ese entonces formaba parte de la Facultad de Humanidades y Artes, transformándose rápidamente en un programa interdisciplinario, pasando a depender de la Oficina de Extensión de Rectorado.

A partir de 1985 inicia su funcionamiento como consultorio externo destinado a la atención ad-honorem de la salud mental. Tal es así que en un primer momento se sostenían como horizonte las metas postuladas en el Plan Nacional de Salud Mental tendientes a impulsar la Atención Primaria de la Salud, pero luego se encamina el programa hacia una lógica más integral, generando así una experiencia de salud comunitaria.

Comprendiendo a la salud comunitaria como una

“construcción permanente e inacabada, y desde un nuevo paradigma basado en la salud como derecho y en la promoción de la salud (...), se constituye en un punto obligado de referencia y reflexión para ampliar los horizontes de visión del proceso de salud enfermedad-atención/cuidado (...) (problematizando) sobre la determinación social de la salud que implica estudiar los modos de vida históricos y estructurales”. (Liborio, 2013, p 104)

Esta experiencia fue entendida como un quiebre en las formas de pensar el trabajo y el abordaje en salud. Lxs fundadores de la institución, mayormente psicólogxs, estaban influenciadxs por perspectivas epistemológicas como la psicología social comunitaria, la perspectiva sistémica, la perspectiva de la complejidad, lo cual permitió correrse de los paradigmas positivistas dominantes de la época y migrar hacia modelos procesuales y de auto-organización. Cabe destacar que la Psicología Comunitaria Latinoamericana tuvo una fuerte participación teórica y epistemológica en el desarrollo de este proyecto.

Una de las particularidades más importantes en la construcción de este proyecto fue el rol que ocuparon lxs vecinxs. Se configuraron como co-constructores de la experiencia del CEAC generando relaciones de cooperación y diálogo. Su incorporación fue un proceso gradual y de manera informal que adquirió mucha importancia y que posteriormente permitió la institucionalización de espacios de participación. Es en este contexto de fomento de participación territorial donde se comenzaron a desarrollar asambleas en las cuales fue surgiendo la necesidad de contar con servicios de asistencia de salud, ante la ausencia de efectores de salud en el barrio.

Considerándose de gran importancia en la cuestión histórica e institucional del CEAC, el territorio como escenario de intervención, entendiendo al mismo como algo que va más allá de la ubicación geográfica incorporando también aspectos materiales y simbólicos presentes tanto de manera explícita como implícita. Según Spataro, los determinantes del territorio son “una superficie geográfica delimitada por una frontera, una organización social y productiva, un conjunto de normas, valores y representaciones sociales compartidas y una historia” (Spataro, 2008).

En este marco, sostenemos a la participación territorial como aquella en la cual varixs actores, ejerciendo sus derechos como ciudadanxs, intervienen sobre aspectos que se encuentran comprendidos en el territorio, a fin de modificarlos y/o transformarlos.

### Una institución, dos administraciones

Es ante la necesidad anteriormente mencionada que se comienzan a coordinar actividades en el territorio con la Secretaría de Salud Pública Municipal y el Ministerio de Salud de la Provincia. A raíz de esto se realiza un convenio específico entre la universidad y la provincia para contar de forma permanente con un centro de atención primaria.

De esta manera, bajo la dirección del CEAC como programa, el Ministerio de Salud de la Provincia se compromete a aportar recursos humanos y materiales para la atención primaria de la salud. Y, por otro lado, la universidad aporta lo correspondiente a la administración, servicios generales y a aquello destinado al área de salud mental (a través de lxs psicólogxs que integran el programa).

Con el avance e institucionalización, se fueron delimitando líneas de acción que conformaron un entrecruzamiento:

-Área comunitaria, en donde se llevan adelante actividades de prevención y promoción de la salud a través de talleres y cursos, coordinados por miembrxs de la comunidad y profesionales del CEAC.

-Área de docencia, a través de la cual se hace el seguimiento de prácticas de formación con alumnxs y graduadxs de distintas carreras de la universidad, a fin de transmitir el modelo de abordaje interdisciplinario.

-Área de asistencia, la cual está más ligada a lo que se percibe como centro de salud, brindando atención primaria. Esta se encuentra bajo los lineamientos del Ministerio de Salud Provincial.

Es desde la cogestión que el CEAC se diferencia de otros centros de salud, por la complejidad de responder a dos administraciones (Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe y Secretaría de Extensión de la Universidad Nacional de Rosario), que confluyen en objetivos que si bien no son los mismos, se sostienen en un punto de conexión potenciándose en conjunto.

Generándose espacios de acuerdo y coordinación, a partir de encuentros entre la Secretaría de Extensión de la UNR, el equipo territorial del CEAC y lxs directivxs del nodo Rosario.

Una de las cuestiones que refleja la cogestión es la composición del equipo de trabajo del CEAC, ya que algunxs profesionales son empleadxs de la provincia y otrxs son de parte de la Secretaría de Extensión Universitaria de la UNR, quedando a cargo de esta última el espacio de Trabajo Social.

### Atención y registro

El CEAC atiende aproximadamente a 10.000 personas, que conforman alrededor de 2000 grupos familiares registrados en sus respectivas Historias Clínicas Familiares. La mayoría de la población que acude son mujeres madres con sus hijxs y adultxs mayores. Además, acuden frecuentemente estudiantes (derivadxs de las facultades) y personas de clase media-baja al área de psicología que ofrece el centro.

Cada intervención llevada a cabo por lxs profesionales es registrada en las Historias Clínicas Familiares y en el Sistema de Información de los Centros de Atención Primaria (SICAP); propiciando la utilización de dichos registros como insumos para futuras intervenciones profesionales, aspirando a un abordaje integral.

*“En el CEAC siempre fue muy complejo las familias tipo clanes (...) yo en un momento había hecho un organigrama de las familias troncales del barrio. Esto de la mirada integral por esa época era muy difícil, es hoy también, los abordajes integrales son el horizonte, la utopía, es re complejo poder trabajar de manera integral un grupo familiar tan amplio”.* (Trabajadora Social)

### Conociendo a nuestra población objetivo: lxs jóvenes

En cuanto a la concurrencia de lxs jóvenes se evidencia una distinción entre los motivos por los cuales se acercan a la institución. Los jóvenes varones que se acercan al centro de salud son minoría y lo hacen principalmente frente a situaciones extremas de salud, heridas de arma de fuego, accidentes y también por padecimientos de salud mental. Por el contrario, la presencia

de las mujeres jóvenes es más frecuente ya que están al cuidado de la salud de su grupo familiar. Dando cuenta de esto expondremos fragmentos de las entrevistas al personal del CEAC.

*“Varones muy difícil que consulten. Generalmente consultan mujeres adolescentes o mujeres más grandes. Incluso es muy difícil que la mujer venga acompañada por la pareja”* (Médica Generalista y Coordinadora).

*“Pibes han venido o porque están en un vínculo con una piba, que vienen juntos a la consulta; o algunos que se habían quedado con algunas dudas en relación al cuidado y demás. Y era para conocer métodos anticonceptivos, saber si podían retirar preservativos, cuáles eran las condiciones, edad. Pero mayoritariamente son mujeres.”* (Psicóloga)

*“Lo que sí es un detalle no menor es que generalmente los hombres no acceden a estas cuestiones de salud, es como que APS tiene una cuestión muy marcada con las relaciones de cuidado materno infantil, los varones atraviesan el centro de salud en la primera etapa cuando son niños, y después ya adultos cuando el cuerpo está muy debilitado (...) En el mientras tanto los hombres no se ocupan de la salud sexual y reproductiva”* (Trabajador Social)

*“Los varones no llegan porque la salud está en el último escalón de prioridades”* (Trabajadora Social)

Considerando la información recabada, y debido a que la población destinataria de nuestra propuesta son lxs juventudes, nos parece pertinente desarrollar que entendemos nosotras por la misma; partiendo de sostenerla en su pluralidad (en oposición a “juventud”) ya que no representa una categoría unívoca, comprendiendo que agrupar a todxs lxs jóvenes en la misma implica el

*“olvido de la estructuración de la sociedad en clases sociales (...) que ignoraría las distintas condiciones materiales y sociales de existencia asociadas a las diferentes posiciones en la estructura social, en las relaciones de producción y en la distribución de las distintas especies de capital”. (Criado, 1998, pp 4-5)*

Concibiendo a lxs juventudes como una categoría construida socioculturalmente, “no se trata de una “esencia” (...) la mutabilidad de los criterios que fijan los límites y los comportamientos de lo juvenil, está necesariamente vinculada a los contextos sociohistóricos, producto de las relaciones de fuerza en una determinada sociedad” (Reguillo, 2003, p 104).

*“Yo creo en el pensamiento, en la teoría. Si no hay un pie en el campo teórico, en la reflexión, se empieza a caminar en círculos, se da una repetición, de clichés, programas y formas de comprensión. El activismo sin reflexión da vueltas en el mismo lugar.”*

(Rita Segato, 2021)

## **MOMENTO 2**

### **Pensando a las saludes desde el feminismo**

#### ***Salud feminista***

Habiendo mencionado la población destinataria de nuestra propuesta, creemos necesario explicitar desde qué perspectiva teórica nos posicionamos para el desarrollo de la misma; la cual se denomina teoría decolonial, partiendo de entender a la misma desde los aportes de Ochy Curiel Pichardo.

“El propio concepto de decolonialidad (...) se explica a partir de la comprensión de que con el fin del colonialismo como constitución geopolítica y geo-histórica de la modernidad occidental europea, no se ha producido una transformación significativa de la división internacional del trabajo entre centros y periferias, así como de la jerarquización étnico-racial de las poblaciones y la formación de los Estados nación en la periferia; al contrario, lo que ha ocurrido es una transición del colonialismo moderno a la colonialidad global (...). Es decir, se han transformado las formas de dominación, no así las estructuras de relaciones entre centro y periferia. Desde esta comprensión, Ramón Grosfoguel (2010) propone que estamos frente a un sistema-mundo europeo/euro-norteamericano capitalista/ patriarcal moderno/colonial y, yo agregaría, heterosexual.

Lo decolonial implica una nueva comprensión de las relaciones globales y locales, que supone fundamentalmente entender, como lo plantea Enrique Dussel (1999), que la modernidad occidental eurocéntrica, el capitalismo mundial y el colonialismo son una trilogía inseparable”. (Curiel Pichardo, 2014, p 49)

Tomamos dentro de esta perspectiva los desarrollos del feminismo decolonial, concepto que fue propuesto por María Lugones (2008) y tiene como fuentes importantes

“por un lado, las críticas feministas hechas por el Black Feminism o las mujeres de color, las chicanas, las mujeres populares, la autonomía feminista latinoamericana, las feministas indígenas y el feminismo materialista francés al feminismo hegemónico, por su universalización del concepto mujer y con ello su sesgo racista, clasista y heterocentrado (Espinosa 2013); por otro lado, las propuestas de lo que se denomina Teoría Decolonial o proyecto decolonial, que ha sido desarrollado por diferentes pensadoras y pensadores latinoamericanos y caribeños”. (Curiel Pichardo, 2014, p 48)

Esta postura sostiene que raza y género han sido constitutivas del conocimiento moderno colonial, siendo diferenciaciones producidas y reproducidas por las opresiones del colonialismo (manteniéndose esto en la contemporaneidad). La misma considera que

“las categorías centrales del feminismo como, entre otras: género, mujeres, intervención social, cooperación internacional al desarrollo, grupos minoritarios, pobres y una serie de conceptos y categorías que reflejan la colonialidad, forman parte de lo que Lugones (2008) denominó el sistema de género/moderno/colonial que ha afectado nuestras interpretaciones, teorizaciones, investigaciones, metodologías, prácticas políticas, reproduciendo en el feminismo lógicas racistas y neocoloniales”. (Curiel Pichardo, 2014, pp 52-53)

En reemplazo a la categoría de género, decidimos adoptar la de transgénero, entendiendo que está va más allá, trascendiendo el binomio sexo-genérico femenino-masculino que es asignado al momento del nacimiento. Por lo tanto, al decidir sobre nuestra población destinataria, consideramos que la misma sean lxs juventudes sin distinción sexo-genérica.

Esta perspectiva permite tener una visión crítica sobre las formas en que las instituciones interpretan e intervienen, que derivan o son propias del sistema colonial/capitalista/patriarcal en

el cual las mismas se encuentran inmersas, generando así la producción y reproducción de un orden social desigual.

Este aspecto se evidencia en el sistema de salud, debido a que este no está en condiciones de responder, en su totalidad, a las demandas y necesidades de salud sexual y salud reproductiva de las mujeres y disidencias, ni de garantizar el acceso a servicios de calidad. Prevalciendo en este sistema, un modelo médico hegemónico, el cual está signado por la deshumanización, la burocracia, la jerarquización, el mercado, el biologicismo, el patriarcado y el moralismo; concibiendo a la salud de manera fragmentada.

Si bien se reconoce la definición de salud establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la cual se la concibe como <<un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades>>; se entiende que esta postura deja por fuera ciertos determinantes sociales de la salud (entre ellos: contextuales, históricos, culturales, económicos) que perjudican el completo bienestar de lxs sujetxs.

Desde un punto de vista crítico, adoptamos para referirnos a las saludes, la perspectiva de “Salud Feminista” que las comprende como “un proceso histórico-social que incluye enfermedades y padecimientos, sus modos sociales de atenderlos, así como la compleja red de cuidados que una sociedad posee. En este sentido, las saludes son procesos relacionales de cuidados y sus modos de gestionarlos” (Paz y Ramírez, 2019, p 95).

En relación a esto, se considera en que sostener un único modelo de salud relacionado con una medicina que fue desarrollada a partir de una mirada ética-moral de varones cis-heterosexuales de estratos sociales medio-altos en países del hemisferio norte occidental, genera opresión porque tiende a la “normalización” de lxs sujetxs. Siendo que hay diversas y plurales saludes, y consecuentemente, se requieren atenciones integrales, singulares y particulares para cada situación.

Desde la salud feminista, se construyen las saludes de manera colectiva, pensándolas a partir del sostenimiento de redes formadas por pluralidades de voces y saberes, que reclaman

“soberanía corporal” entendiendo al cuerpo como un “territorio” donde se disputa poder, siendo ésta nuestro eje orientador para el abordaje de la Salud Sexual y Salud Reproductiva.

### ***Salud Sexual y Reproductiva***

Nos parece importante presentar la propuesta de Brown quien habla de Salud Sexual y Salud (no) Reproductiva

“Uso el paréntesis (no) dado que la denominación reproductivos alude a la histórica imagen de las mujeres como madres enfatizando su función reproductora y los derechos reproductivos se supone que refieren no sólo al derecho a una maternidad elegida y sin riesgos, sino también a decidir no reproducir, no ser madre incluido para muchas, el tema del aborto (...). Para que se visualicen ambos significantes más rápidamente, marcó el no, entre paréntesis. En todo caso, el primer derecho reproductivo es, haciendo analogía con el derecho a la libre expresión, el de no reproducirse”. (Brown, 2007, p 2)

Si bien consideramos que esta propuesta conceptual fue un gran avance en torno al reconocimiento de los derechos no reproductivos, decidimos hablar de Salud Sexual y Salud Reproductiva ya que, hoy en día, dentro de esta última entendemos se contemplan no solo los derechos reproductivos sino también los no reproductivos.

Hablamos de Salud Sexual y Salud Reproductiva, entendiendo que están garantizadas por los Derechos Sexuales y Reproductivos que son parte del conjunto de Derechos Humanos, los cuales son propios de todos sin discriminación alguna (independientemente de su edad, situación migratoria, sexualidad, nacionalidad, étnica, identidad, entre otras); y es obligación del Estado garantizarlos y promoverlos.

La Salud Sexual supone

“el derecho a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y placentera; a poder manifestar la orientación e identidad sexual y de género; a expresar y manifestar los deseos y el placer sexual, el derecho a la diversidad sexual, que han dado lugar a experiencias no

hegemónicas de vivir el cuerpo y la propia identidad”. (Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas, 2016, pp 8-9)

Contemplándose en la misma, el derecho a vivir sin violencia machista en todas sus manifestaciones, como así también sin violencias hacia el colectivo LGTBIQ+.

La Salud Reproductiva contempla

“el derecho a considerar la maternidad/reproducción como una opción y la capacidad reproductiva de las mujeres como una posibilidad que puede desarrollar o no. Por tanto, suponen el reconocimiento del derecho a adoptar decisiones sobre nuestra vida reproductiva, a decidir libremente si se quiere o no tener hijas e hijos, el número, el momento y con quien se quieren tener, y el derecho al aborto”. (Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas, 2016, p 9)

La Salud Sexual y Salud Reproductiva permiten generar procesos de empoderamiento, autonomía y participación de todxs. No obstante, existen dificultades y en su mayoría son atravesadas por mujeres y disidencias sexo-genéricas; identificándose las mismas como propias de una sociedad patriarcal.

La organización o institución de salud, muchas veces se ubica como portadora de un papel importante en esta reproducción desigual. De este modo, lxs trabajadorxs de la salud reproducen lógicas propias del sistema patriarcal heteronormativo donde la posibilidad de acceso a la salud de parte de las mujeres y disidencias sexo-genéricas queda librada a la perspectiva individual de cada unx. Situaciones que derivan en reiteradas ocasiones en violencia institucional; generando una revictimización de lxs sujetxs.

### ***Aportes para repensar a lxs sujetxs***

En relación a la decisión que tomamos de no distinguir de manera sexogenérica a nuestra población destinataria (lxs juventudes), nos parece pertinente presentar algunos aportes de Paul B. Preciado que nos permitieron repensar a lxs sujetxs de intervención en nuestra propuesta.

Inicialmente creemos necesario definir la teoría queer, que es sobre la cual lx autorx realiza sus desarrollos teóricos. Ubicando su surgimiento en los años '80 en el contexto norteamericano, donde un conjunto de grupos minoritarios se reapropian de aquello que era un insulto sexual ("queer") destinado para quienes con sus prácticas e identidades sexuales se alejaban de la norma sexual. Estos grupos mediante una inversión performativa de la injuria hacen de la misma un lugar de identificación, lugar de acción y reivindicación política, pasando de ser objeto de insulto a sujetx de conocimiento y agente político.

Este movimiento forma parte de una revuelta anti-integracionista, emergiendo como reacción crítica frente a lo que habían sido las políticas de identidad gay y lesbianas de esos tiempos, ya que las mismas generaban una exclusión progresiva de las minorías dentro de la comunidad gay y lesbiana, propiciando nuevas formas de opresión.

En síntesis, la teoría queer es una posición crítica con respecto a los efectos naturalizadores y normalizantes de toda identidad; es un trabajo de distanciamiento con respecto a los procesos de construcción de la identidad propia de cada unx; es un descentramiento radical del sujetx de enunciación científica.

Paul B. Preciado sostiene que las nociones de heterosexualidad y homosexualidad se inventan dentro de un régimen político en el discurso médico en el año 1868, buscando establecer un sistema binario racial para clasificar los cuerpos vivos; con la necesidad de fijar un sistema jerárquico que produce y reproduce actos de discriminación.

Entre los años '40 y '50 este régimen de representación entra en crisis, ya que se evidencia la existencia de una multiplicidad de cuerpos que son irreductibles a lo binario. Lx autorx piensa que el sistema se podría haber modificado comprendiendo que hay tantos sexos como cuerpos; pero a fin de mantener la continuidad del régimen de representación binario se inventan las categorías de intersexual y transexual.

Su propuesta es explicada por la autora Femenías de la siguiente manera:

“hacer un análisis crítico de la diferencia de género y de sexo como producto del contrato sexual heterocentrado y sustituir ese contrato social –que denominamos “naturaleza”– por otro contrasexual donde los cuerpos se reconozcan a sí mismos solo como “cuerpos parlantes”, con la posibilidad de acceder a todas las prácticas significantes y a todas las posiciones de enunciación para renunciar a una identidad sexual cerrada y determinada naturalmente”. (2019, p. 133)

Lo expuesto anteriormente se ve reflejado en algunos posicionamientos de lxs profesionales que dan cuenta de ciertas falencias en las intervenciones abocadas a las disidencias sexogenéricas.

*“Hay pocos especialistas en Rosario que trabajen con disidencias (...) los acompañamientos psicológicos requieren de otro abordaje distinto de lo que puede ser por ejemplo la sexualidad de un adolescente cis. Tiene otra lógica en la forma de atención.*

*Esto no deja de ser una visión política de la realidad que estamos atravesando, (...) de la manera en que vos te comportas frente al sujeto de atención, y también es una responsabilidad. Para mi algo muy básico es preguntarle a la persona como quiere ser nombrado, y es una práctica que por ahí no estamos muy acostumbrados y que habría que comenzar a implementarla”* (Médica Generalista y Coordinadora)

*“Yo creo que falta mucho, todavía en derechos sexuales, de inclusión y de identidad de género falta un montón; o sea ¿por qué tiene que haber instituciones específicas? si vos tenes que garantizar derechos para todxs. Yo creo que todavía en APS estamos en un nivel bastante básico.”* (Trabajador Social)

*“Mismas oportunidades, mismos derechos. Esa es la esencia del feminismo”*

(Simone de Beauvoir)

### **MOMENTO 3**

#### **Historizando los derechos sexuales y reproductivos: los logros de las luchas**

##### ***Surfeando la segunda ola del feminismo***

Para referirnos a la temática abordada en esta propuesta, es relevante mencionar la influencia que tuvo principalmente la segunda ola del movimiento feminista, la cual sentó las bases para la visibilización y puesta en agenda pública de diversas desigualdades y opresiones, haciendo hincapié en los derechos sexuales y reproductivos.

Este momento del feminismo, que tuvo lugar en el periodo de posguerra (década de 1960), se destaca por cristalizar opresiones más completas y profundas que las demandadas por la primera ola; ya que si bien el sufragio constituyó un paso importante en la igualdad jurídica y política de las mujeres, no fue suficiente para modificar de forma sustantiva el rol de las mismas en la sociedad.

Las demandas planteadas en esta segunda ola se pueden pensar en cuatro ejes:

El análisis de los orígenes de la opresión de la mujer, a partir de lo expresado por Simone de Beauvoir, “no se nace mujer, se llega a serlo”, lo cual significa que no existen cualidades femeninas, sino que las mismas son prescripciones sociales impuestas culturalmente y usos sociales elegidos en la formulación de proyectos de vida. En síntesis, las mujeres tendrían un margen de elección siempre en un contexto de influencia.

La división sexual del trabajo (público/privado) fue asignada en función de la división genérica, a las mujeres les correspondía las tareas en el ámbito privado y doméstico mientras que los hombres participaban en el ámbito público. Esto fue sostenido y fomentado cultural y socialmente a partir de un ideal de mujer abocado a las tareas domésticas y de cuidado.

El rol asignado a las mujeres, comienza a generar malestar en las mismas, debido a la imposibilidad de cumplir con todas las exigencias, evidenciándose una gran dificultad al momento

de compartir con otras mujeres sus incomodidades e inquietudes por la relegación al espacio privado.

La redefinición del concepto patriarcado, definiéndolo como un sistema de dominio, opresión, presión y represión basado en una concepción cultural de la femineidad y de la masculinidad, en donde los hombres ocupan en su mayoría los puestos de poder, liderazgo y dirección.

Los derechos sexuales y el derecho a vivir la sexualidad libremente: Bajo esta consigna, el feminismo se manifestó a favor de los derechos sexuales, del derecho a vivir una sexualidad libremente y de poder tener control propio sobre la reproducción; reivindicando el derecho al placer sexual de las mujeres.

Teniendo en cuenta este movimiento y sus reclamos, entendemos que fue fundamental para comenzar a poner en agenda pública la importancia de la salud sexual y salud reproductiva; visibilizándose parte de sus conquistas en el marco normativo vigente.

### ***Marco normativo***

Para pensar en nuestra propuesta de práctica disciplinar referida a la Salud Sexual y Salud Reproductiva consideramos necesario hacer referencia al marco normativo que garantiza el acceso; el cual sostenemos como un instituido que se ve en permanente transformación, modificándose por los movimientos de institucionalización propios de las fuerzas sociales que pujan por las transformaciones del mismo. Es así que podemos ver como la conquista de derechos se amplía con el paso del tiempo.

Con este fin expondremos un listado de leyes con las cuales vamos a trabajar, que atraviesan la Salud Sexual y Salud Reproductiva.

### **Ámbito internacional**

En 1948 con la Declaración Universal de los Derechos Humanos se comenzaron a mencionar implícitamente los Derechos Sexuales y Reproductivos, sin embargo, muchas veces, esta temática se abordó desde la perspectiva del crecimiento demográfico.

Posteriormente, en 1979, se aprobó por la Asamblea General de las Naciones Unidas la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) con la intención de establecer una igualdad entre mujeres y hombres.

A partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en El Cairo (1994) se produce una ruptura de paradigma: se cambia el objetivo de control demográfico para dar lugar a la noción de los derechos, problematizando cuestiones a ser abordadas tales como el empoderamiento de las mujeres, la igualdad y equidad entre los sexos mejorando la condición de la mujer, la diversidad de la estructura y la composición de la familia y la planificación de la misma, la libre elección sexual, el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, entre otras.

Si bien lo hasta aquí mencionado se reconoce de gran importancia, tuvieron lugar otros acontecimientos durante la década del 90, en donde se continuó debatiendo y avanzando en los derechos de las mujeres

### Ámbito nacional

En relación a las bases sentadas a nivel internacional, se reconocen diferentes legislaciones que fueron y son sancionadas acorde a los diversos contextos sociohistóricos; considerando a las mismas como avances progresivos en materia de derechos sexuales y reproductivos que traen consigo cambios de paradigma.

Mediante la Reforma constitucional de 1994 (Art. N°75 inc. 22), se reconoce por parte del Estado el carácter constitucional de los derechos de salud sexual y salud reproductiva.

Posteriormente a esto, se crea a partir de la Ley N° 25.673 (2002), el Programa Nacional sobre Salud Sexual y Procreación Responsable; el cual tiene como objetivos la promoción de la igualdad de derechos, equidad y justicia social, buscando elevar el nivel de salud sexual y reproductiva. Garantizando que todas las personas puedan elegir individual y libremente, a partir de información y asesoramiento, un método anticonceptivo gratuito para tener la posibilidad de prevenir embarazos no planificados, o decidir si tener hijxs, cuántos hijxs tener, cuándo tenerlxs

y el espaciamiento entre ellxs. A su vez, fomenta la detección temprana y prevención de ITS (Infecciones de Trasmisión Sexual); e impulsa consejerías en Salud Sexual y Reproductiva en los servicios de salud pública de todo el país.

Luego de la creación de este programa se sancionan una seguidilla de leyes y resoluciones que se centran en garantizar y fortalecer los derechos de salud sexual y salud reproductiva.

Se sanciona la Ley N° 25.929 (2004) Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento, más conocida como Ley de Parto Humanizado. A través de la misma se garantizan los derechos de la mujer en relación con su embarazo, parto y postparto; estableciendo que puede decidir su compañía en el momento del parto sin ser sometida a intervenciones y/o medicación innecesaria.

La Resolución N°989 (2005) que incorpora la Guía para el Mejoramiento de la Atención Post-Aborto fue una de las primeras aproximaciones de parte del Ministerio de Salud en esta problemática; contemplando que la misma se efectúe de manera rápida, humanizada y confidencial, sin distinguir entre aborto espontáneo o provocado. Esta guía busca preparar a los equipos de salud para que brinden una atención integral de calidad acorde a las necesidades de las mujeres que están cursando un aborto, priorizando la contención y apoyo a las mismas, en un marco de respeto y confidencialidad.

La Ley N° 26.130 (2006) de Anticoncepción Quirúrgica, garantiza el acceso gratuito de toda persona mayor de edad, a este procedimiento (ligadura de trompas de falopio y vasectomía).

Por medio de la Ley N° 26.150 (2006) de Educación Sexual Integral (ESI) se establece que todas las personas deben recibir educación sexual integral (que articule aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos) en todas las instituciones educativas del país, ya sean las mismas privadas o estatales, confesionales o laicas, en todos los niveles y modalidades. Este programa aborda temas como la violencia de género, trata y explotación sexual, embarazo adolescente y diversidad sexual con el fin de prevenir estas situaciones.

En base a la Ley N° 26.485 (2009) de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales se protege el derecho de las mismas a una vida libre de violencia, describiendo los distintos tipos y modalidades en los cuales se efectúa la misma. Específicamente dentro del marco de la salud sexual y salud reproductiva define la violencia sexual, violencia contra la libertad reproductiva y violencia obstétrica.

En relación con la libre elección sexual y al respeto de esa diversidad, es que se enmarca la Ley N° 26.743 (2012) de Identidad de Género; que otorga el derecho de todas las personas a ser reconocidas, tratadas e inscriptas en su documentación personal acorde a su identidad de género elegida. A su vez, dispone que las mismas tengan acceso gratuito a la salud, y si así lo prefieran prácticas como la hormonización y cirugías de modificación corporal, en todo el sistema público y privado de salud.

Contemplando el derecho de procreación, la Ley N° 26.862 (2013) de Fertilización asistida, permite que todas las personas mayores de edad tengan acceso a prestaciones de reproducción médicamente asistidas, de manera gratuita.

Enmarcándose en la Ley de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes y en el principio de interés superior y autonomía progresiva se establece el Artículo N° 26 del Código Civil y Comercial (2014) donde se instaura un régimen legal para el consentimiento autónomo en el cuidado del cuerpo; determinando que cuando se trate de niños de hasta 13 años, los mismos brinden su consentimiento con asistencia; en el caso de adolescentes de 13 a 16 años, ellos pueden consentir toda práctica siempre y cuando no implique un riesgo grave para su salud o su vida; y a partir de los 16 años ya se cuenta con capacidad plena para toma de decisiones sobre el propio cuerpo tal y como persona adulta.

Como consecuencia de la falta de capacitación en el tratamiento de cuestiones de género en el ámbito público estatal y con el objetivo de transformar esta situación, se sanciona la Ley N° 27.499 (2019) Ley Micaela Capacitación en Género y Violencia contra las mujeres que

establece la obligatoriedad de capacitación en los temas de género y violencia contra las mujeres para todxs lxs funcionarixs públicos, principalmente quienes se encuentren en los poderes del Estado.

Luego de numerosas luchas por parte de movimientos sociales feministas, encabezadas por la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, se incorpora al marco legislativo, la Ley N° 27.610 (2021) que garantiza el Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo; reconociendo el derecho de las mujeres y personas gestantes a interrumpir su embarazo hasta la semana catorce del proceso gestacional, inclusive. Posterior a dicho periodo, tienen derecho a acceder a la interrupción voluntaria del embarazo si éste fuera producto de una violación, o si estuviera en peligro la salud (psíquica, física o social) o la vida. Esta normativa además garantiza la atención del aborto y post aborto mediante un trato digno, confidencial y respetuoso sosteniendo la autonomía de la voluntad de las mujeres y personas gestantes y el acceso a la información comprensible, accesible y actualizada.

Se asiste a un cambio de concepto en relación a esta temática, ya que el causal de salud es reemplazado por la elección de la mujer o persona gestante, ya no es necesario justificar en exceso la necesidad del procedimiento sino que basta con la decisión de la mujer o persona gestante sobre su propio cuerpo.

Como ampliación de la Ley de Identidad de Género, se implementa con el Decreto N°476/21 (2021) el DNI no binario, estableciendo el reconocimiento y visibilización de identidades no binarias, simbolizándose en el Documento Nacional de Identidad con la letra "X".

### Ámbito provincial

En consonancia con las normativas nacionales podemos identificar las siguientes leyes.

Principalmente destacamos la creación del Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable mediante la Ley N° 11.888 (reglamentada en el 2002 con el Decreto N° 2.442), en el cual se abordan problemáticas diversas tales como salud sexual y reproductiva, anticoncepción, aborto no punible, diversidad, educación sexual, entre otras. El mismo tiene entre

sus componentes principales la gratuidad y accesibilidad de las prestaciones, la firma de convenios y la capacitación. A partir de esto se crea un Consejo Asesor, el cual tiene las tareas de asesoramiento y puesta en marcha de programas a fines, monitorear resultados, y aconsejar al Ministerio de Salud.

Siguiendo al programa mencionado anteriormente, se sancionaron diversas leyes que fortalecen y complementan a las garantizadas por el mismo.

A través de la Ley N° 12.323 (reglamentada en el 2005 con el Decreto N° 987) se posibilita el acceso a métodos anticonceptivos quirúrgicos, ligadura de trompas de falopio y vasectomía, en los efectores públicos dependientes del Ministerio de Salud.

Con la Ley N° 12.443 (2005) se reconoce y garantiza el derecho a la mujer a estar acompañada durante el trabajo de parto y en el momento del nacimiento y de elegir libremente a la persona; en el caso en que el equipo profesional interviniente no lo considere oportuno, por interferir de manera negativa en el trabajo de parto, deberán constar las razones de esta decisión en la historia clínica.

En materia de Interrupciones Legales del Embarazo, se reconoce tanto en el año 2009 como en el 2012 en diversas resoluciones, la adhesión a las guías provenientes del Ministerio de Salud de la Nación en estas cuestiones de atención.

A su vez, se incorporan protocolos destinados a una mejora en la atención integral de la salud sexual y reproductiva que funcionan como orientadores del personal de la salud. Encontrando entre ellos la Guía de Atención Integral a Lesbianas y Mujeres Bisexuales (2016), el Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales (2011) y el Protocolo para el abordaje de situación vinculadas al embarazo en la adolescencia temprana (2016).

En el marco del último protocolo sobre embarazo adolescente, surge el Programa “De ESI Se Habla” (2019), el cual contempla un abordaje de las temáticas vinculadas con el género, la sexualidad, el cuerpo y los afectos desde una perspectiva de derecho, la igualdad de

oportunidades, la construcción de ciudadanía y convivencia. Este programa encuentra su fundamentación en los DDHH; sus componentes son: formación y capacitación docente, participación de la comunidad educativa en su conjunto y construcción de lineamientos curriculares. Comprende establecimientos educativos provinciales tanto de gestión pública como privada.

### Ámbito municipal

En base a los lineamientos provinciales, se establecen ordenanzas y decretos relativos a la salud sexual y reproductiva.

Con la sanción de la ordenanza N° 6.244 (1996), se crea el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable a nivel municipal, el cual otorga a la comunidad orientación, información y servicios para garantizar el derecho a decidir libremente sobre su reproducción y sexualidad, sin discriminación ni coerción. Este programa garantiza en sus servicios y prestaciones: estudios de prevención del cáncer de mama, partos respetados, exámenes de papanicolau, vacunaciones contra el virus del papiloma humano, fertilizaciones asistidas; e información sobre los cuidados del embarazo, lactancia materna y cuidados del bebé.

Esta ordenanza es ampliada por la N° 8.027 (2006) que indica que los prestadores de servicio del programa serán los servicios municipales de Obstetricia y Ginecología, incluyendo dentro de las prestaciones la atención de abortos no punibles (adhiriéndose a los protocolos provinciales).

Junto con la creación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, la creación de Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva (CISSyR) mediante la Ordenanza N° 9.310 (2014) son aspectos centrales para el desarrollo de nuestra propuesta. El fin de esta ordenanza es establecer dispositivos con perspectiva de derecho y de género, que lleven a cabo estrategias de promoción y prevención en pos de la salud sexual y salud reproductiva.

A modo de cierre, si bien se sabe que el contar con un marco legislativo es necesario para el acceso a la Salud Sexual y Salud Reproductiva, no es posible considerarlo suficiente para la garantía del efectivo cumplimiento del acceso de las mismas.

De esta manera se evidencia una diferencia entre lo garantizado por la normativa vigente y las intervenciones llevadas adelante por las instituciones; en las que muchas veces las perspectivas y el accionar de lxs profesionales influye y obstaculiza el ejercicio pleno de los derechos correspondientes a la Salud Sexual y Salud Reproductiva.

### ***Los comienzos de las consejerías***

Al estar nuestra propuesta referida a la consejería del CEAC, presentaremos brevemente el momento en el cual surgieron las mismas, entendiéndolo como base para pensar nuestro trabajo.

Las consejerías en salud sexual y salud reproductiva dentro del sistema de salud, comienzan a considerarse como uno de los espacios principales de abordaje a situaciones relativas a los derechos sexuales y reproductivos, a partir de la sanción del Decreto N° 1.282 del año 2003 que implementa el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

A pesar de lo establecido en el decreto anteriormente mencionado, las Consejerías se reglamentan en el año 2010 con un documento, en el cual se propone el diseño, organización e implementación de las mismas.

En la propuesta se define a las Consejerías como dispositivos centrales en la estrategia de promoción y prevención en pos de la salud sexual y reproductiva con perspectiva de derechos y género. Los fines de las mismas consisten en promover la autonomía, igualdad, diversidad e integridad corporal, garantizando el acceso a la información necesaria para el ejercicio efectivo de los derechos.

“Su objetivo central es posibilitar el acceso gratuito, adecuado y a tiempo, a elecciones autónomas por parte de las usuarias y usuarios (...) Desde esta perspectiva, el dispositivo Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva contribuye a mejorar el acceso

universal y gratuito, la igualdad de oportunidades, la calidad de la atención, la redistribución de los recursos materiales y simbólicos; es un espacio y una oportunidad para que el Estado, en sus diferentes instancias, garantice los derechos sexuales y los derechos reproductivos de todas las personas”. (Ministerio de Salud, 2010, p 7)

El accionar de las Consejerías se encuentra guiado por un modelo de atención diferente al tradicional, abarcando las dimensiones biológica, social y subjetiva, mediante un criterio de atención de clínica ampliada.

Su funcionamiento se orienta a partir de los principios de autonomía personal, equidad, diversidad y salud integral; brindando una atención personalizada en un clima de privacidad, confidencialidad y de respeto. Y en algunas ocasiones, se habilita un espacio grupal de debate y formación.

“Al contrario de lo que el nombre podría dar a entender, quien brinda consejería no es alguien que da consejos. Es una persona formada para escuchar, informar y promover la toma de decisiones autónoma del usuario o usuaria del servicio de salud”. (Ministerio de Salud, 2010, p 9)

*“Cuando uno dice colectivo, salud colectiva, ejercicios en lo colectivo, no es mucho de lo mismo o más de lo mismo, sino muchos diferentes y diversos. Pero sin que nos olvidemos de qué es aquello que nos junta. (...) Por eso que necesitamos de ciertos dispositivos de escucha y participación. Por eso que valorizamos las instituciones como espacio de ligación ideológica y simbólica, como aquello que podría construir aquello de lo pasado con lo futuro, la articulación entre grupos de interés diferente y entre generaciones”*

(Rosana Onocko Campos, 2011)

#### **MOMENTO 4**

##### **Mirando a la Consejería desde un pensar situado**

###### ***Bienvenidxs a la Consejería del CEAC***

Situándonos dentro de la institución elegida para trabajar (CEAC), y específicamente en lo que respecta a la Consejería de Salud Sexual y Planificación Familiar, procederemos a desarrollar brevemente aspectos centrales de la misma.

Anteriormente a la sanción de la Ley Nacional de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (N° 27.610), este espacio funcionaba dos veces por semana, trabajando mediante turnos, derivaciones y llevando a cabo talleres en escuelas para transmitir la Educación Sexual Integral (ESI) y fomentar el conocimiento del espacio; contando para estas actividades con profesionales médicxs, psicologxs y lx trabajadorx social.

En un principio este espacio se formó con la intención de alojar cuestiones relativas a la salud sexual y salud reproductiva de manera integral. Sin embargo ante la creciente necesidad, en su mayoría, las atenciones giraban en torno a las interrupciones del embarazo.

*“Hubo mucha discusión entre el equipo profesional, entonces empezamos a darle otro sentido, que no quede en aborto si y aborto no, que no quede en una cuestión personal profesional sino que teníamos que posicionarnos desde el centro de salud para ver cómo se abordaba no solo las cuestiones de ILE sino también el derecho a la salud sexual.”* (Trabajadora Social)

El rol del Trabajo Social consistía en dejar constancia del consentimiento informado sobre la práctica de interrupción del embarazo, respetando en todo momento y ante toda situación la decisión de la mujer o persona gestante. Y dando inicio al proceso de adopción en el caso de que la mujer o persona gestante no deseara maternar pero la interrupción no fuera posible (por embarazo avanzado u otras cuestiones).

*“Yo le ponía mucho acento desde el trabajo social a las cuestiones materiales pero también a las cuestiones simbólicas, lo que implicaba un embarazo no deseado, cuál era la constitución familiar.”* (Trabajadora Social)

Uno de los aspectos más importantes de la intervención del trabajador social dentro de este espacio, el cual fue mencionado por el profesional en una de las entrevistas, consistía en develar sobre situaciones de abuso sexual infantil y violencia de género.

*“Cuando son niñas o hay situación dudosa, el lado de los profesionales de trabajo social era indagar si había habido consentimiento o había sido un abuso, había que indagar sobre eso, develar eso (...) también develar situaciones de violencia de género”* (Trabajador Social)

Desde el CEAC se reconoce que la consejería se ganó cierta aceptación de parte de otras instituciones y movimientos de mujeres gracias al trabajo realizado desde el respeto y la lógica de acceso a derechos.

Posteriormente a la sanción de la Ley Nacional de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (N° 27.610), el espacio de consejería, que giraba principalmente en torno al abordaje de situaciones de ILE, se disolvió. Atendiéndose las consultas que refieren a la Salud Sexual y Salud Reproductiva dentro del consultorio de cada una de las profesionales, principalmente en el espacio de ginecología.

Más allá de que algunas situaciones por su complejidad se siguieron abordando en equipo, hoy en día al no existir el espacio de la consejería se dificulta el trabajo interdisciplinario para intervenir de manera integral en las saludes; a pesar de que las profesionales valoren el mismo.

*“Los centros de salud necesitamos de esa visión, de que bueno las situaciones que son complejas se necesitan tomar interdisciplinariamente sin importar el momento en el que estamos. Tener un espacio de discusión y construcción, que por ahí es un poco más difícil; no con la comunidad, sino con lxs compañerxs”* (Médica Generalista y Coordinadora)

Retomando los aportes de Alicia Stolkiner referirse a la interdisciplina

*“(…) significa situarse necesariamente en un paradigma pos positivista. Reconocer una contraseña que agrupa a quienes adhieren, de diversas maneras, a una epistemología que no homologa el objeto del conocimiento al objeto real, que reconoce la historicidad y por lo tanto la relatividad de la construcción de los saberes disciplinarios, que no supone relaciones lineales de causalidad y que antepone la comprensión de la complejidad a la búsqueda de las partículas aisladas”.* (Stolkiner, 2005, p 5)

Siguiendo a la autora el trabajo interdisciplinario

*“supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis del mismo y su interacción (...) las disciplinas no existen sino por los sujetos que las portan, las reproducen, las transforman y son atravesados por ellas”.* (Stolkiner, 1999)

*“(…) requiere de un trabajo sostenido y constante. Como afirma Nora Elichiry (1987, pág. 337): ..ll una cooperación ocasional no es interdisciplinall, se requiere de una actitud de—cooperación recurrentell”* (Stolkiner, 2005, p 3).

De este modo el equipo problematiza el trabajo desde la interdisciplina

*“Vos haces una carrera y es como que te enfocas en tu mirada, cuando empezas a trabajar y ves la mirada del otro es super enriquecedor, sobre la misma situación. En la consejería yo creo que vale un montón, la interdisciplina, por ejemplo los psicólogos en la parte gestual de entrevistas. También en la parte social, porque uno ve al paciente y le parece que todo lo que vos digas lo va a poder hacer y a veces no indagamos tanto en el contexto en el que vive, la situación social y económica; es super valiosa la interdisciplina. Yo creo que si se reactiva la*

*consejería vamos a hacer un trabajo muy lindo, me encantaría que se reactive” (Médica Ginecóloga)*

En este sentido evidenciamos como la ginecóloga da cuenta de la necesidad de un otro para poder intervenir de manera integral en determinadas situaciones; sin embargo también se manifiesta en otras entrevistas del equipo profesional una dificultad para llevar adelante esta forma de trabajo.

*“Es muy difícil el trabajo interdisciplinario y los abordajes integrales, es una cuestión también de práctica, y de construcción con un otro que tiene otra mirada, creo que nos faltó discutir muchísimo con qué población trabajábamos y cuál era el objetivo no solo de la consejería sino también del CEAC.” (Trabajadora Social)*

*“La interdisciplina o es para muchos una liberación porque entienden que hay muchas situaciones con pacientes que no pueden abordar y para otros un problema, entonces tenes las dos cosas.” (Trabajador Social)*

Para comprender estas dificultades tomamos nuevamente los aportes de Alicia Stolkiner, quien entiende que “la participación en un equipo de esta índole implica numerosas renunciaciones, la primera es la renuncia a considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema. Reconocer su incompletud (concibiendo al saber disciplinario como) una forma de poder” (Stolkiner, 1999)

En línea con esto, identificamos que la interdisciplina es central en el Trabajo Social debido a la diversidad de manifestaciones de la cuestión social<sup>4</sup> que se le presentan, que nos lleva a “entender que una profesión no puede asumir en solitario las orientaciones y soluciones

---

<sup>4</sup> La “cuestión social se genera en la particularidad que adquiere la relación capital-trabajo como núcleo constitutivo de un proceso que se explicita en los modos de organización económico, social, cultural y político de una sociedad capitalista (...) cabe anotar que no se agota (...) solamente en esa relación (...) sino que ella se expresa en un conjunto de desigualdades sociales que le imprimen a la sociedad un carácter de explotación de los sectores más desfavorecidos; asimismo se refiere a las dificultades que el Estado tiene para interpretar y organizar las decisiones, respecto a la solución de los llamados problemas sociales. (Rozas Pagaza, 2001, pp 33-34)

a las diferentes situaciones sociales; es decir, se hace cada vez más necesario el diálogo con las diferentes disciplinas” (Lisboa y Lolatto, 2013, p 413). Esto “enriquece la profesión de Trabajo Social, en la medida en que nos posibilita dialogar con otras áreas (...) Enseña también a socializar experiencias y compartir saberes en relación a la orientación de las situaciones que demandan lo cotidiano de nuestras prácticas.” (Lisboa y Lolatto, 2013, p 418).

### ***Interpelando a la profesión: por un Trabajo Social decolonial***

Teniendo como eje central la propuesta, consideramos pertinente esclarecer que propuesta de intervención del Trabajo Social adoptamos, en consonancia con el marco teórico-epistemológico presentado a lo largo de este trabajo; siendo la misma la desarrollada por María Eugenia Hermida, quien sostiene que la intervención profesional debe llevarse a cabo desde un pensar situado.

“Pensar un Trabajo Social descolonial es pensar un Trabajo Social situado, que se sacude el peso de una historia que quiso y quiere subsumirlo a cumplir los mandatos del disciplinamiento y la normalización (...) el que desande mandatos de control y normación, que se anime a (...) compartir con otras prácticas discursivas, territoriales, académicas y políticas, para desaprender el paradigma eurocéntrico, para intentar comprender al otro de la intervención, a ese sujeto que no es un ser-ahí, sino aquel que está siendo (Kusch, 1976), ya no desde las categorías de la colonialidad del poder nos sobreimpuso, sino desde un estar para comprender, para liberar esa energía que implica favorecer la emergencia de prácticas decoloniales”. (Hermida, 2017, p 196)

La autora también nos brinda aportes para problematizar al sujeto de intervención que se nos presenta, siendo éste la población que concurre al CEAC, específicamente al espacio de la consejería.

“Cuando el Trabajador/a Social se encuentra con el “otro” de la intervención, no se encuentra solamente con un trabajador (ocupado o desocupado) obligado a vender su fuerza de trabajo, oprimido por un sistema (...). Ese otro, es un sujeto atravesado, o más

aún, configurado por una matriz colonial de poder, cuya singularidad no puede ser comprendida si nos subsumimos solamente a la variable del determinismo económico (...) Entonces, el Trabajador/a Social se encuentra con un sujeto racializado, sexuado, disciplinado por su situación laboral (o de desocupación)". (Hermida, 2017, pp 190-191)

Hermida nos invita a pensar y desnaturalizar las formas en las que llevamos adelante las prácticas profesionales, considerando que éstas se encuentran inmersas en un contexto capitalista/patriarcal/colonial/heterosexual y determinadas por este sistema. A partir de esto sugiere

"Descolonizar-se, descolonizar-nos. Subvertir las lógicas instituidas en nuestros espacios de ejercicio profesional, que racializan, inferiorizan y estigmatizan las maneras otras de ser, de hacer, de trabajar, de entender la familia, el consumo, la fiesta, la muerte, la vida. Subvertir las lógicas aprendidas de nuestro propio ejercicio profesional (...) que se rigen de una forma u otra por elementos de la colonialidad del poder. Re-conocerlas, subvertirlas, descolonizarlas. Abrirse en la emergencia de las subjetividades otras, para entender al otro de la intervención, pero también para animarnos a construir otras identidades profesionales donde la colonialidad del poder no sea una lógica inherente a nuestra disciplina, sino una lógica imbricada en nuestra sociedad, que si bien también nos atraviesa, nos interpela a re-crear/nos como profesión, como sociedad, como parte de un proyecto popular que brega por la liberación". (Hermida, 2017, p 197)

Teniendo en cuenta lo desarrollado anteriormente en base a la propuesta de intervención elegida, presentaremos aportes que surgieron en la entrevista a quien fue la trabajadora social de la institución.

*"Yo creo que los trabajadores sociales tenemos el recurso de hacer una lectura más amplia del sujeto, en su contexto próximo, en su vinculación con otros.*

*Nosotros creo que tenemos la posibilidad de desnaturalizar ciertas lógicas o ciertos recorridos de los sujetos por el centro de salud. Yo trataba de darle una vuelta, ver todas estas*

*cuestiones, poniendo preguntas a las intervenciones o a esos sujetos que vienen a consultar porque sino quedamos en que nosotros somos un centro de salud y tenemos que dar respuestas y el otro tiene que reconocer que esto es un derecho, y no para mí no es así que el sujeto nace y sabe que tiene derechos, el derecho a la salud se construye diariamente y el acceso a la salud también.*

*Podemos hacer una lectura mucho más amplia, crítica y constructiva de cómo pensar la salud comunitaria.” (Trabajadora Social)*

Encontramos tanto en la propuesta teórica de intervención como en los comentarios de la Trabajadora Social un mismo sentido en la construcción de una nueva forma de pensar al Trabajo Social y a sus intervenciones. Tomando los mismos como recursos para el desarrollo de nuestra propuesta, como así también para nuestro futuro ejercicio profesional en la cotidianeidad del Trabajo Social.

*“Creo que es el lugar del trabajador social este de disputar sentido. El trabajador social tiene que disputar esos lugares, y esos sentidos porque sino queda en lo médico hegemónico, hay otro lugar que podemos ocupar, que nosotros tenemos que ocupar, que no son lugares dados, que tenemos que conquistar” (Trabajadora Social)*

*“La posibilidad de repensarse en una estructura horizontal y soltar los propios prejuicios acerca de quién posee el conocimiento habilita el encuentro con la fluidez y la circulación de la palabra y la experiencia, en donde todes construyen un saber colectivo, interactuando (...)”*

(Mamá Cultiva Argentina, 2019, p 175)

*“(...) Para todo esto precisamos que en el proceso educativo estén presentes nuestros cuerpos, nuestros deseos, nuestras singularidades y nuestras historias.”*

(Fabbri, 2013, p 171)

## **MOMENTO 5**

### **Apostando a la construcción colectiva**

#### ***Nuestra propuesta de práctica disciplinar***

Para abordar nuestra propuesta de trabajo hacia la “Consejería de Salud Sexual y Planificación Familiar”, decidimos tomar los aportes de educación popular desarrollados por Paulo Freire y Claudia Korol, quien repiensa y problematiza lo expuesto por el primero desde una perspectiva feminista. Esto, junto con la teoría plasmada anteriormente, nos permite fundamentar el camino elegido para la construcción de nuestra propuesta.

Optamos por este material debido a que presenta coherencia con nuestra postura y con los objetivos pensados para este espacio. En líneas generales nos posibilita la problematización de la jerarquía que se sostiene de parte de lxs profesionales para con la comunidad; habilitando a pensar nuevas formas de intervención en las cuales se priorice la participación activa y colectiva en la construcción de las saludes.

Tal como mencionamos anteriormente y en base al análisis y diagnóstico de las entrevistas realizadas, nuestro objetivo general consiste en:

- *“Contribuir desde la formación disciplinar a problematizar el espacio de la “Consejería de Salud Sexual y Planificación Familiar” del CEAC desde un abordaje singular e integral y con perspectiva feminista”.*

Antes de continuar con el desarrollo, dado el nuevo marco jurídico legislativo, se propone nuevamente<sup>5</sup> la problematización del nombre del espacio por lxs profesionales que integran el equipo interdisciplinario; a fin de construir pertinencia y pertenencia de todxs en el mismo. En función de entender que la forma de nombrar ejerce efectos en lxs sujetxs; fundamentando que la palabra consejería remite a una cierta verticalidad de unxs sobre otrxs, desde un saber considerado superior.

Luego de esto y en relación al objetivo general propuesto, presentamos los siguientes objetivos específicos:

- Propender a la construcción de espacios de encuentro que permitan un (re)conocimiento y vinculación entre la comunidad y lxs profesionales en la temática de salud sexual y salud reproductiva.
- Realizar propuestas comunicacionales para la difusión del Equipo de Salud Sexual y Salud Reproductiva<sup>6</sup>.
- Contribuir a la generación de reuniones del equipo interdisciplinario que posibiliten el diálogo garantizando el abordaje de las situaciones de manera integral y desde una perspectiva de salud feminista.
- Propiciar el armado de actividades relativas a los temas de interés con lxs juventudes sin distinción sexogenérica.

Para el logro de estos objetivos pensamos algunas actividades, que presentaremos a continuación; siendo las mismas posibles de modificarse en base a los aportes de lxs participantes y las demandas emergentes, teniendo siempre en consideración el posicionamiento teórico-epistemológico-metodológico de la propuesta.

---

<sup>5</sup> Decimos nuevamente ya que en algunas de las entrevistas se manifestó haberse debatido el nombre del espacio en tiempos anteriores, pero estos debates quedaron coartados en ese entonces.

<sup>6</sup> Comprendiendo por el mismo a lxs juventudes sin distinción sexogenérica que participen del espacio y a lxs profesionales que también lo integren; siendo consideradxs todxs participantes de las actividades.

Se sugiere el registro<sup>7</sup> durante el desarrollo de las actividades y la recuperación de comentarios finales; siendo el mismo de carácter colectivo, apuntando a un trabajo en conjunto entre lxs participantes. Esto facilitaría la modificación de las actividades, en caso de ser necesario, y a su vez sería un recurso de recuperación de experiencias para enriquecer nuevas instancias.

→ El trabajo sobre el autoconocimiento de lxs jóvenes concurrentes al espacio, mediante la modalidad de taller, más allá de la dimensión física del cuerpo sino también en lo referido a la subjetividad, a los deseos, intereses y placeres; habilitando y respetando la diversidad de los mismos.

Esto fue pensado a partir de algunas entrevistas, en una de las cuales se manifestaba que quienes recurrían al espacio eran mayoritariamente “(...) *adolescentes con catorce o quince años y no saben nada de ESI, en realidad ni siquiera le dieron algo de biología y saben cómo son los órganos genitales sexuales.*” (Médica Ginecóloga). Y en la otra se expresa que el espacio se pensaba para

*“niñas o adolescentes que tenían dudas sobre su ciclo, situaciones o vínculos amorosos que tenían algunas parejas y venían en pareja; cuestiones así que ya se venían ampliando. Dando siempre lugar a la decisión, a la información y a los derechos de las personas que estaban consultando (...) siempre aclarando que era un espacio para conocer nuestros cuerpos, nuestros derechos y la posibilidad de decidir sobre esa información.”* (Psicóloga)

Este último aporte de la profesional lo tomamos ya que consideramos que lo pensado para el espacio está en consonancia con los objetivos de nuestra propuesta. Sin embargo, consideramos que no debería limitarse solo a “niñas o adolescentes” sino más bien, tal como lo indica nuestra población destinataria, a lxs juventudes sin distinción sexogénica.

---

<sup>7</sup> Entendiendo al “registro como sostén de la reflexión respecto a la tensión teoría práctica en el campo disciplinar del trabajo social, fundamentalmente en los procesos de comprensión de la vida social (siendo estos, a su vez, un recurso para el trabajo interdisciplinar)” (Castro, 2011, p 27).

Entendiendo en base a nuestra perspectiva teórica que “queremos transformar el sistema de salud, cambiarlo todo para que cada una pueda vivir su sexualidad y su corporalidad con autonomía y libertad, y pueda acceder a una atención y acompañamiento sin violencias ni discriminación (...)” (Ronderas Feministas. Fundación Soberanía Sanitaria, 2019, p 14).

→ La creación de espacios de diálogo entre lxs integrantes del Equipo (jóvenes y profesionales) sobre cuestiones afines a la salud sexual y salud reproductiva, donde cada una pueda expresarse y compartir sus conocimientos. Sosteniendo que nuestra propuesta de intercambio de saberes

“parte de que somos seres inacabados/as, y que busca siempre los vacíos que se crean y las pistas que se abren en los procesos de aprendizaje, como invitación a pensar y a sentir nuevamente lo conocido, desde nuestros cuerpos y vidas cambiantes.” (Korol, 2015, p 139)

→ Espacio de co-formación para promotores comunitarios en salud sexual y salud reproductiva, que construyan lazos de cercanía entre el equipo profesional y la comunidad a partir de compartir saberes sobre la temática; a su vez impulsando esta experiencia dentro del barrio para un mayor alcance de la misma. Partiendo de que esto favorecería a la confianza de compartir dudas y consultas a un otrx par cercanx, y derivando de esto a la multiplicación de saberes sobre la salud sexual y salud reproductiva (con énfasis en la difusión de métodos de prevención de embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual).

Tomando entrevistas que abonan a esta idea, pensando en “*un lugar donde la demanda venga por otro lado y la construcción en salud venga por otro lado*” (Médica Generalista y Coordinadora) dando cuenta “*que la población tiene que ser multiplicadora de estas cosas, porque si no se ve alojada y se apropia no podemos hacer un cambio significativo*”. (Trabajadora Social)

Considerando que

“la creación colectiva de conocimientos es un modo de valorar los saberes acumulados (...) no como punto de llegada sino como punto de partida. Esto significa que lo más importante en nuestra lógica pedagógica es lo que no conocemos, los conocimientos que necesitamos crear o encontrar”. (Korol, 2015, p 139)

Esto permite “un diálogo entre razones y sentimientos, sentidos, cuerpos en movimiento, que van conformando una pedagogía no de depósito de saberes ya existentes sino de cuestionamiento de esos saberes, para rehacerlos en la vida social” (Korol, 2015, p 143).

→ Uso de la técnica Teatro Foro<sup>8</sup> para que lxs participantes hagan un trabajo reflexivo a partir de “recrear historias reales de la comunidad, que hacen parte de su cotidianidad y que reflejan las situaciones de violencia, opresión, injusticia e inequidad que viven y que quieren transformar”<sup>9</sup> (Gobernación de Norte de Santander, 2018, p 22).

“El Teatro Foro es un instrumento eficaz en la comprensión y búsqueda de alternativas para la transformación de conflictos, de problemas sociales e interpersonales (...) y para crear confianza y convivencia” (Langohr y Gutiérrez, 2014, p 7 como se citó en Gobernación de Norte de Santander, 2018, p 21).

Fundamentando la elección de esta técnica a partir de

“la concepción metodológica dialéctica de la educación popular, (que) considera como punto de partida de los procesos pedagógicos la práctica social inmediata de las personas. Se propone ir desde lo conocido, inmediato, concreto, hacia lo desconocido,

---

<sup>8</sup> El TF es parte de un conjunto de técnicas y juegos teatrales que integran el Teatro del Oprimido, creado por el dramaturgo, escritor y director de teatro brasileño Augusto Boal (1931-2009), dentro del movimiento de la ‘Educación Popular’, liderado por Paulo Freire. (Gobernación de Norte de Santander, 2018, p 20) La obra de Teatro Foro tiene dos momentos: En el primero (teatro), el espectáculo transcurre normalmente. En el segundo (foro), un/a mediador/a llamado/a ‘comodín’ o ‘curinga’ pide a las y los miembros del público el favor de tomar el lugar del/de la protagonista e intentar alternativas de solución. (Gobernación de Norte de Santander, 2018, p 22)

<sup>9</sup> Ampliar con la lectura de “¡Mucha mierda! Manual de Teatro Foro como herramienta para la prevención de la violencia con enfoque sistémico”, Gobernación de Norte de Santander (2018) y “El teatro del oprimido de Augusto Boal”, Motos T. (2017)

complejo, para poder abstraer desde allí, teorizando con base en las prácticas”. (Korol, 2015, p 143)

→ La puesta en funcionamiento de una urna, ubicada en la sala de espera, para que el equipo profesional que integra el Equipo de Salud Sexual y Salud Reproductiva tome conocimiento de los temas de interés, dudas o consultas de lxs juventudes y pueda alojar y abordar las mismas en la modalidad de taller.

*“El CEAC depende del Área de Extensión y Territorio de Universidad Nacional de Rosario (...) la herramienta que te da la extensión es la posibilidad de construir con un otro alguna respuesta, y no construir una respuesta en base al otro, entonces es poner al otro en un lugar activo, y te corre del lugar meramente de asistir.”* (Trabajadora Social)

Manifestándose necesario por lxs profesionales en las entrevistas que sus intervenciones dentro del Equipo de Salud Sexual y Salud Reproductiva no se limiten solamente a atender consultas sobre Interrupciones Voluntarias del Embarazo; sino pensar en un espacio más amplio e integral que aborde temáticas emergentes sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva.

→ Encuentros que garanticen la llegada de este espacio a instituciones y lugares del barrio, propiciando el acercamiento y participación en el mismo; a fin de no restringir su funcionamiento solamente al CEAC.

Tomando como experiencia la citada por una de lxs profesionales de la institución, quién nos compartió que esta modalidad les ayudó con el crecimiento del espacio *“porque que las pibas y los pibes nos vean en las escuelas y que fuéramos los mismos que atendemos acá, también te da una cercanía”* (Médica Generalista y Coordinadora)

Encontrando esto consonancia con la importancia que se le da al anclaje territorial<sup>10</sup> en la intervención y atención del CEAC. La intención es fortalecer la cuestión comunitaria afianzando

---

<sup>10</sup> Siguiendo a Carballeda quien refiere que “la mirada hacia lo territorial se ratifica desde un pensar situado, donde las coordenadas que marcan su cartografía son socioculturales y espaciales, pero también nos hablan de ritualidad, significaciones y vida cotidiana” (Carballeda, 2015, p 3).

lazos y vínculos con lxs referentes barriales en pos de alcanzar el objetivo presentado en la propuesta.

*“Si no se hace un enfoque territorial no tendría sentido”* (Médica Generalista y Coordinadora)

En el espacio territorial se encuentran presentes diversas organizaciones e instituciones, tanto barriales como correspondientes a la universidad, con las cuales la institución trabaja en conjunto. Algunas de éstas son: Centro Cultural Don Goyo, CEPLA (Centro de Prevención Local de Adicciones), Centro Cultural UNR, Centro Comunitario “La Rigoberta”, Centro Educativo Terapéutico Giros, ONG “Orillas”, Mesas barriales (en las cuales participan las escuelas “Juana Elena Blanco”, la N° 58 “Juan Bautista Alberdi”, los centros culturales, desarrollo social de la municipalidad de Rosario, el CEPLA y el CEAC), CESC (Centro de Estudios Sociales y Culturales), Consejería de violencia de género de la UNR y La Sexta resiste.

*“Acá en el barrio hay muchas organizaciones, instituciones que tienen que ver con lo político, artístico, cultural, muchas ONG’s que hacen su trabajo territorial (...) encontrarnos en la mesa barrial con estos temas, con los espacios artísticos y escuelas para hacer llegar los derechos”* (Psicóloga)

Podemos evidenciar que representa el barrio y lo barrial en los discursos, entendiendo que “el barrio se presenta como un mundo de significados donde cada habitante se reconoce y reconoce a los otros, diferenciando referentes espaciales, relacionales e históricos que pueden ser compartidos” (Carballeda, 2015, p 2).

→ La sugerencia de realizar reuniones de equipo interdisciplinarias, quincenales, para repensar y problematizar las intervenciones llevadas a cabo y a su vez planificar posteriores; que funcionen como espacios de evaluación continua a partir de la construcción y discusión desde la interdisciplina. Teniendo como insumo para este momento, los registros colectivos.

Comprendiendo la necesidad de la evaluación continua como un trabajo colectivo de reflexión sobre las actividades e intervenciones llevadas a cabo, con el objetivo de emitir y

compartir opiniones fundadas y comunicables para el desarrollo acciones presentes y futuras, en base a los objetivos planteados y demandas emergentes.

En líneas generales, la propuesta se pensó en función de los recursos disponibles (materiales y humanos) en el CEAC. En base a esto, creemos pertinente destacar la importancia del tiempo de trabajo de lxs profesionales en estas actividades; siguiendo a Stolkiner quien menciona que

“(...) para que pueda funcionar como tal, un equipo asistencial interdisciplinario requiere la inclusión programada, dentro de las actividades, de los dispositivos necesarios. El tiempo dedicado a éstos (...) debe ser reconocido como parte del tiempo de trabajo. Sería bueno que los que programan acciones interdisciplinarias desde los niveles decisorios, tuvieran claro que para lograrlas se requiere algo más que un grupo heterogéneo de profesionales trabajando a destajo”. (Stolkiner, 1999)

## REFLEXIONES FINALES

A modo de cierre, no en un sentido determinante sino meramente figurativo, de este Trabajo Integrador Final esbozaremos algunas reflexiones finales con la intención de generar nuevos interrogantes que posibiliten una continua problematización de la garantía y acceso a derechos de toda la población.

A partir de un acercamiento a la institución, específicamente a la “Consejería de Salud Sexual y Planificación Familiar”, fundado en el marco teórico-epistemológico-metodológico elegido para el transcurso de nuestro camino; es que realizamos aportes esperando puedan contribuir al crecimiento y fortalecimiento del espacio desde un enfoque de derechos y transgénero<sup>11</sup>.

En este sentido es que consideramos a la Educación Popular como herramienta para la construcción de un espacio colectivo que posibilite el (re)conocimiento del otrx, desde el diálogo y la participación.

Nos posicionamos desde una propuesta político pedagógica ya que nos acerca a procesos de desnaturalización, a cuestionar nuestras propias prácticas y a la puesta en tensión de relaciones jerárquicas habilitando nuevos procesos de enseñanza-aprendizaje.

Es en consonancia con esto que presentamos a la “Salud Feminista” la cual sostiene la pluralidad de voces y saberes como aspectos centrales en el reconocimiento de la multiplicidad de salud; requiriendo atenciones integrales, singulares y particulares para cada situación.

En base a esto creemos importante que en las intervenciones profesionales se propicien miradas que garanticen la integralidad en los abordajes de cada situación que se nos presente, teniendo en cuenta la multidimensionalidad de los problemas sociales; para lo cual el trabajo

---

<sup>11</sup> Como explicitamos anteriormente, en reemplazo a la categoría de género decidimos adoptar la de transgénero, entendiendo que está va más allá, trascendiendo el binomio sexo-genérico femenino-masculino que es asignado al momento del nacimiento.

interdisciplinario es un aspecto central ya que ninguna profesión puede brindar un abordaje integral por sí sola.

Sostenemos necesario hacer énfasis en la importancia que se le da desde el CEAC a la territorialidad no sólo como recurso para el acercamiento y reconocimiento de las particularidades de cada una de las situaciones, sino también para pensar de manera colectiva estrategias de trabajo a partir de vínculos barriales con la población y con las organizaciones presentes en el territorio; valorando las posibilidades que otorga APS (Atención Primaria de Salud).

Siguiendo con el abordaje territorial es que reconocemos la pertinencia de la intervención del Trabajo Social desde un pensar situado (a partir de los aportes de M. E. Hermida), considerando las características y aspectos centrales que hacen a la identidad de cada territorio y a las subjetividades de lxs sujetxs que habitan el mismo. La autora nos invita a pensar y desnaturalizar las formas en las que se llevan adelante las prácticas profesionales, para problematizar el contexto en el que se desarrollan las mismas y en el cual se encuentra inmerso lxs sujetxs.

Buscamos acompañar con nuestros aportes a cambios institucionales necesarios para fortalecer la atención y el acompañamiento a lxs juventudes en relación a su acceso a derechos sexuales y derechos reproductivos; considerando de suma importancia alojar las nuevas demandas planteadas para avanzar en la integralidad y garantía de derechos en relación a la salud sexual y reproductiva respetando la autonomía y decisión de cada unx.

Entendiendo que estos cambios no se dan rápidamente y sin resistencias, sino que forman parte de un proceso que se da progresivamente en la sociedad. Aquí, reside la importancia de pensar estrategias colectivas desde las instituciones y con lxs sujetxs que permitan potenciar un cambio de perspectiva acerca de cómo se piensa a lxs juventudes, sin distinción sexogenérica, y su relación con el sistema de salud, específicamente en referencia a sus saludes sexuales y reproductivas.

Posicionándonos a partir de entender a la Salud Feminista como un piso, como una perspectiva a partir de la cual pensar nuevos enfoques y modos de intervención, y no como un techo. Esto refiere a que no debe funcionar como un obstáculo para llevar adelante acuerdos que nos permitan un abordaje colectivo e interdisciplinario.

Por otro lado, repensando sobre nuestro trayecto y experiencias a lo largo de la formación y como punto culmine de este trabajo tomamos con gran importancia todo lo aprehendido para nuestro futuro en el Trabajo Social. Construyendo espacios que rompan con los modelos hegemónicos opresores de la sociedad, mediante el diálogo y la participación. Interviniendo profesionalmente desde un pensar situado reconociendo y comprendiendo a lxs sujetxs de intervención; apostando por un trabajo colectivo, interdisciplinario, territorial e integral.

Por último nos gustaría retomar una frase que creemos sintetiza lo que venimos desarrollando anteriormente:

“Un mundo donde lo natural no sea la opresión, la cosificación y la violencia de unxs sobre otrxs. Un mundo con derecho y respeto a la identidad, a la diferencia. Un mundo donde los sujetos inesperados ya no lo sean. Un suelo de lucha y de libertad, en las calles (...)”  
(Varones de la editorial Puño y Letra, 2013, p 14)

**Apostamos por un Trabajo Social que nos acerque a ese mundo...**

## BIBLIOGRAFÍA

- Balaña S., Finielli A., Giuliano C., Paz A. y Ramírez C. (Eds.).(2019). *Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. Tinta Limón Ediciones.
- Betevé. (12 de abril de 2019). *Entrevista a Paul B. Preciado: "Soy un disidente del sistema sexo-género"*. [Archivo de Vídeo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=Aa-RiOuYiE4>
- Bourdieu, P. (1990). "Sociología y Cultura". Grijalbo. <https://perio.unlp.edu.ar/catedras/introalpensamiento/wp-content/uploads/sites/49/2020/03/P01-BOURDIEU-Una-ciencia-que-incomoda-pp-61-74.pdf>
- Brown, J.L. (agosto de 2007). *El aborto en Argentina, genealogía de una demanda* [Presentación en papel]. XXVI Congreso de Asociación Latinoamericana de Sociología, Guadalajara, México. <https://cdsa.aacademica.org/000-066/774.pdf>
- Carballeda, A. (2015). El territorio como relato. Una aproximación conceptual. *Revista Margen*, (76), 1-6. <https://www.margen.org/suscri/margen76/carballeda76.pdf>
- Castro, S. (2011). El registro en la intervención: una reflexión epistemológica en Arias A., Garcia Godoy B. y Manes R. (Eds.), *Trabajo Social, lecturas teóricas y perspectivas. Aportes para repensar la formación profesional desde la intervención*. (pp. 1-115). Universidad de Buenos Aires.
- Código Civil y Comercial [CCyC]. Ley 26994 de 2014. Art. 26. 7 de octubre de 2014 (Argentina).
- Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Reunión internacional coordinada por la ONU. 5 de septiembre hasta 13 de septiembre de 1994.
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Naciones Unidas. 18 de diciembre de 1979.

Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas (2016). *Derechos sexuales y reproductivos para todas, todas, todas, todas.*

[https://www.feministas.org/IMG/pdf/informe\\_coordinadora\\_feminista.pdf](https://www.feministas.org/IMG/pdf/informe_coordinadora_feminista.pdf)

Cqueertv. (25 de septiembre de 2016). *Beatriz Beto Paul Preciado en México*. [Archivo de Vídeo].

Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=P7ZufifUMzQ&t=3981s>

Criado, E.M. (1998). *Producir la juventud. Crítica de la sociología de la juventud*. Editorial Istmo

Curiel Pichardo, O. (2014). Construyendo metodologías feministas desde el feminismo decolonial. En I. Mendia Azkue, M. Luxán, M. Legarreta, G. Guzmán, I. Zirion y J. Azpiazu Carballo (Eds.), *Otras formas de (re)conocer* (pp 45-60).

[https://publicaciones.hegoa.ehu.eus/uploads/pdfs/269/Otras\\_formas\\_de\\_reconocer.pdf?1488539836](https://publicaciones.hegoa.ehu.eus/uploads/pdfs/269/Otras_formas_de_reconocer.pdf?1488539836)

Debonis, J. (2018). ¿Cómo garantizar el derecho a la interrupción legal del embarazo? Una aproximación a la construcción de estrategias desde el Trabajo Social. *Contribuciones*, 2 (3), 199-214.

Declaración Universal de Derechos Humanos. Naciones Unidas. 10 de diciembre de 1948.

Decreto 476 de 2021 [Poder Ejecutivo Nacional]. Por medio del cual se implementa el DNI no binario. 20 de julio de 2021.

Decreto 987 de 2005 [Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe]. Mediante el cual se gestiona la reglamentación de la Ley 12323 de Anticoncepción Quirúrgica. 24 de mayo de 2005.

Decreto 2442 de 2002 [Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe]. Mediante el cual se aprueba el reglamento de la Ley 11888 de creación del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. 18 de octubre de 2002.

Escolar, C. (2010). Institución, Implicación, Intervención. Revisando y revisitando las categorías del Análisis Institucional. *Acciones e investigaciones sociales*, (28), 235-250.

- Fabbri, L. (2013). *Apuntes sobre Feminismos y construcción de Poder Popular*. Puño y Letra.  
<https://kolectivoporoto.cl/wp-content/uploads/2015/11/Fabbri-Luciano-Apuntes-sobre-feminismos-y-construcci%C3%B3n-de-poder-popular.pdf>
- Femenias, M.L. (2019). *Itinerarios de teoría feminista y de género*. Universidad Nacional de Quilmes. <http://www.unq.edu.ar/advf/documentos/5cf00faf7c05d.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas por los Derechos Humanos (s.f.) *Transgénero*.  
<https://www.unfe.org/wp-content/uploads/2017/05/Transgender-Factsheet-Esp.pdf>
- Freire, P. (2014). *Pedagogía del oprimido*. Siglo veintiuno.  
<https://fhcv.files.wordpress.com/2014/01/freire-pedagogia-del-oprimido.pdf>
- Fuks, S. (2015). *Como un puente sobre aguas turbulentas*. UNR Editora.
- Gobernación de Norte de Santander. (2018) ¡Mucha mierda! Manual de Teatro Foro como herramienta para la prevención de la violencia con enfoque sistémico.  
<https://www.nortedesantander.gov.co/teatroforo.pdf>
- Gobierno de Santa Fe. (2016). Protocolo para el abordaje de situaciones vinculadas al embarazo en la adolescencia temprana.  
<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/233298/1219981/file/Protocolo%20para%20el%20abordaje%20de%20situaciones%20vinculadas%20al%20embarazo%20en%20la%20adolescencia%20temprana.pdf>
- Hermida, M.E. (2017). El Estado, el poder y la política en los estudios poscoloniales y el enfoque descolonial. Aportes para el Trabajo Social. En Meschini, P. y Hermida, M.E. (Eds.), *Trabajo Social y descolonialidad. Epistemologías insurgentes para la intervención en lo social* (pp 157-201). Eudem.
- Korol, C. (2015). La educación popular como creación colectiva de saberes y de haceres. *Revista de Educación*, IV (7), 132-153.
- Ley 12334 de 2005. Establece “Derecho de Acompañamiento” para embarazadas. 11 de agosto de 2005.

Ley 25673 de 2002. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. 21 de noviembre de 2002.

Ley 25929 de 2004. Protección del embarazo y del recién nacido. 17 de septiembre de 2004.

Ley 26130 de 2006. Derecho a acceder a las prácticas de ligadura de trompas de falopio y vasectomía. 29 de agosto de 2006.

Ley 26150 de 2006. Programa Nacional de Educación Sexual Integral. 23 de octubre de 2006.

Ley 26485 de 2009. Prevención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. 1 de abril de 2009.

Ley 26743 de 2012. Derecho a la identidad de género de las personas. 24 de mayo de 2012.

Ley 26862 de 2013. Derecho a acceder de forma integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida. 25 de junio de 2013.

Ley 27499 de 2019. Capacitación obligatoria en la temática de género y violencia contra las mujeres. 10 de enero de 2019.

Ley 27610 de 2021. Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. 15 de enero de 2021.

Liborio, M. (2013). ¿Por qué hablar de salud colectiva? *Revista Médica de Rosario*, (79), 136-141.

<http://www.circulomedicorosario.org/Upload/Directos/Revista/344befLiborio%20Salud%20Colectiva%20RMR%202013.pdf>

Lisboa, T.K., Lolatto, S. (2013). Políticas Públicas con transversalidad de género. Rescatando la interseccionalidad y la interdisciplinariedad en el Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 26 (2), 409-419. [https://doi.org/10.5209/rev\\_CUTS.2013.v26.n2.41397](https://doi.org/10.5209/rev_CUTS.2013.v26.n2.41397)

Lugones, M. (2008). Colonialidad y género: Hacia un feminismo decolonial. En Mignolo, W. (Ed.), *Género y Descolonialidad* (pp 13-54). Ediciones del Signo. <http://observatorioedhemfoc.hospedagemdesites.ws/observatorio/wp-content/uploads/2020/09/G%C3%A9nero-y-descolonialidad-by-Walter-Mignolo->

[Mar%C3%ADa-Lugones-Isabel-Jim%C3%A9nez-Lucena-Madina-Tlostanova-z-lib.org .pdf](#)

Ministerio de Educación - Provincia de Santa Fe. (2019). Programa “de ESI se habla en Santa Fe”. Aportes para fortalecer la implementación de la ESI en las escuelas santafesinas. <https://campuseducativo.santafe.edu.ar/wp-content/uploads/3.-2019-Programa-de-ESI-se-habla.pdf>

Ministerio de Salud - Presidencia de la Nación. (2010). Consejerías en Salud Sexual Reproductiva. Propuesta de diseño organización e implementación. [https://campus.unc.edu.ar/sites/default/files/04Consejerias%20propuesta\\_3.pdf](https://campus.unc.edu.ar/sites/default/files/04Consejerias%20propuesta_3.pdf)

Ministerio de Salud - Presidencia de la Nación. (2011), Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales. [https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/723\\_etica2/material/normativas/protocolo\\_atencion\\_victimas\\_sexuales.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/723_etica2/material/normativas/protocolo_atencion_victimas_sexuales.pdf)

Motos, T. (2017). *El teatro del oprimido de Augusto Boal*. [https://www.postgradoteatroeducacion.com/wp-content/uploads/2017/01/1Teatro\\_Oprimido\\_Master\\_TA\\_febrero\\_2017.pdf](https://www.postgradoteatroeducacion.com/wp-content/uploads/2017/01/1Teatro_Oprimido_Master_TA_febrero_2017.pdf)

Oizerovich, S. y Perrotta, G. (marzo de 2017). *Salud sexual y salud reproductiva*. Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (DELS). Recuperado el 10 de diciembre de 2021 de <https://salud.gob.ar/dels/entradas/salud-sexual-y-salud-reproductiva>

Ordenanza 6244 de 1996 [Municipalidad de Rosario]. Creación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable a nivel municipal. 23 de octubre de 1996.

Ordenanza 8027 de 2006 [Municipalidad de Rosario]. Indica los prestadores de servicio del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. 5 de septiembre de 2006.

Ordenanza 9310 de 2014 [Municipalidad de Rosario]. Creación de Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva (CISSyR). 7 de noviembre de 2014.

- Pignatta, M.A. (2014). Desafíos de la implementación de políticas públicas en clave de género y de derechos. Desde el reconocimiento de derechos hacia la transversalidad de género. En Levín, S., Blando, O., Ingaramo, M.A., Pignatta, M.A., Sosa, R., Venticinque, V. (Eds.), *Políticas públicas, Género y Derechos Humanos en América Latina* (pp 33-56). Proyecto LATIn. <https://rehip.unr.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/2133/16949/BookId-513-Politicass.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Reforma constitucional argentina. Art. 75. 24 de agosto de 1994 (Argentina).
- Reguillo, R. (2003). Las culturas juveniles: un campo de estudio; breve agenda para la discusión. *Revista Brasileira de Educação*, (23), 103-118.
- Resolución 989 de 2005 [Ministerio de Salud y Ambiente]. Por la cual se aprueba la guía para el mejoramiento de la atención post aborto. 17 de agosto del 2005.
- Ritterstein, P. (s.f.). *Aprendizaje y vínculo*. Equipo de Cátedras del Prof. Ferrarós.
- Rozas Pagaza, M. (2001). *La intervención profesional en relación con la cuestión social. El caso del Trabajo Social*. Espacio Editorial.
- Rovere, M. (s.f.). Una ciudad modelo en Salud Pública. La construcción de una estrategia, el diseño de una gestión. *Políticas para la gobernabilidad* (pp. 1-357). Municipalidad de Rosario.  
[https://www.rosario.gob.ar/ArchivosWeb/biblioteca\\_pp/rosario\\_politicass\\_gobernabilidad.pdf](https://www.rosario.gob.ar/ArchivosWeb/biblioteca_pp/rosario_politicass_gobernabilidad.pdf)
- Spataro, G. (2008). La noción de territorialidad en la práctica profesional del Trabajo Social. *Margen*, (51). <https://www.margen.org/suscri/margen51/spataro.html>
- Stolkiner, A. (1999). La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *El Campo Psi*.  
<http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm>
- Stolkiner, A. (7-8 de octubre de 2005). *Interdisciplina y Salud Mental* [Presentación en papel]. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental, Posadas, Misiones, Argentina.

[http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/066\\_salud2/material/unidad1/subunidad\\_1\\_3/stolkiner\\_interdisciplina\\_salud\\_mental.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/stolkiner_interdisciplina_salud_mental.pdf)

Subsecretaría de Políticas de Diversidad Sexual - Gobierno de Santa Fe. (2016). Guía de atención integral a lesbianas y mujeres bisexuales. <https://trabajosocialsantafe.org/wp-content/uploads/2019/02/Guia-de-atencion-integral-a-lesbianas-y-mujeres-bisexuales.pdf>

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Prensa Médica Latinoamericana*, 33 (1) ,11-14. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>