UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE CIENCIA POLÍTICA Y RRII

LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL

Territorio, parto respetado y violencia obstétrica: abordajes y articulaciones en el Centro Cuidar La Lagunita y el Centro de Salud Luchemos por la Vida. Barrio La Lagunita, Rosario.

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

MODALIDAD: PRÁCTICA DISCIPLINAR

Estudiantes:

María del Sol Acosta - Legajo: A-2058/3 - mariadelsolacostaa@gmail.com
Cintia Noelia Retamozo - Legajo: R-1007/3 - cintianoeliaretamozo@gmail.com

Director:

Facundo M. Zamarreño- facundozamarreno@gmail.com

Rosario, mayo de 2026.

Resumen **5**
Introducción **6**
Acerca del territorio en donde se realiza el trabajo **9**
Los Barrios La Lagunita y El Cañaveral, el Centro de Salud Luchemos por La Vida, el Centro Cuidar La Lagunita y la Mesa Interbarrial **9**
El Barrio La Lagunita 11
El Asentamiento El Cañaveral 17
El Centro de Salud Luchemos por la Vida 20
La experiencia en el Centro Cuidar La Lagunita 26
Mesa Interinstitucional 33
Contexto sociohistórico actual **37**
Enfoque de Derechos. Marco normativo internacional, nacional, provincial, local **41**
Feminismos, Diversidades y Derechos Sexuales y (No) Reproductivos 47
Marco normativo internacional 50
Argentina 52
Santa Fe 56
Rosario 58
La experiencia del Hospital Roque Saénz Peña 63
Leyes y Programas Clave 67
Cuidados, género, Derechos humanos y territorio 71
Observaciones y Registro en espacios de trabajo **73**
A modo de ejemplo. Situaciones del territorio **76**
Situación Centro de Salud Luchemos por la Vida 76
Situación Centro Cuidar La Lagunita y Centro de Salud Luchemos por La Vida 88
La propuesta **99**
Primer momento 100
Segundo momento 104
Reflexiones finales **110**
Referencias **118**
Anexo **130**

Agradecimientos

La realización de este trabajo integrador final de la Licenciatura en Trabajo Social, representa el cierre de una etapa de profundo aprendizaje y crecimiento, un camino que no habría sido posible recorrer sin el apoyo de mi familia, amigas, compañeras y compañeros, organizaciones sociales e instituciones que me acompañaron en el proceso. Agradezco la guía y la generosidad de mi marido Leo, compañero de vida. Llegar a la culminación de este trabajo es el resultado de un largo recorrido que implicó tanto desafíos académicos como personales, mi agradecimiento especial a mi amiga y compañera Cintia con quien compartí los tiempos de mayor transformación que un estudiante puede tener, como es el cursado en la Universidad Pública de mi ciudad, con quien comparto la vida, amigas, los y las docentes que nos formaron en todos los años de la carrera y la defensa de los derechos humanos. Mi profunda gratitud a las mujeres del territorio, agradezco a los feminismos, a las redes feministas y a las diversidades que sostienen la vida frente a tanta intemperie. Gracias por enseñarme a trabajar desde la empatía, la escucha y por demostrarme que la organización colectiva es la única respuesta posible ante la crueldad. Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a Facundo Zamarreño Director, que con su conocimiento, paciencia,motivación constante y generosidad, hizo posible transformar las ideas iniciales en este proyecto final. Agradezco a mis padres Nora y Silvio, por haberme inculcado desde la infancia que la educación superior no es un privilegio de pocos, sino un derecho que se defiende habitándolo. Gracias por enseñarme a valorar la universidad pública y por convencerme de que este espacio también me pertenecía, por haberme provisto del capital más valioso,la certeza de que la universidad pública era un derecho y un espacio propio en el cual proyectar mi camino. Cierro este trabajo con la convicción profunda en la defensa de la Universidad Pública Argentina. En este complejo escenario histórico, donde los derechos conquistados pretenden ser cuestionados, reafirmo mi compromiso inquebrantable con la educación pública, gratuita, laica y de calidad. Entiendo este título no como un mérito individual o un privilegio, sino como una herramienta colectiva de lucha y resistencia para la transformación social y la emancipación de nuestro pueblo. La universidad pública no se vende, se defiende en las aulas, en las calles y en cada territorio.

Sol.-

Llegar a esta instancia de culminación de una etapa y comienzo de otra es un momento muy esperado para mi y que a la vez me sorprende gratamente. Mi tránsito por la Universidad Pública comenzó hace bastante tiempo, al volver me alojó como aquella primera vez y pude resignificar el sentido de pertenencia. En un

camino de autosuperación y de permanente autoconocimiento me permitió la síntesis de la experiencia y la academia y desde ahí es que llegamos a este trabajo que condensa militancia política, activismo desde los feminismos, el encuentro y el trabajo con otras mujeres; mis experiencias personales y la incipiente práctica en cada lugar de formación y trabajo guiada por el faro de los derechos humanos a través de las lentes de género.

Agradezco a mi familia, que directa e indirectamente son parte de esto; gracias a mi mamá Adriana y a mi papá Hugo por valorarme y permitirme ser, siempre en busca de lo distinto y disruptivo. Ellos depositaron confianza en mí, la que me lleva a encarar todos los desafíos hasta el día de hoy. A mis hermanas, Brenda y Candela, y hermanos, Rodrigo y Nicolás, gracias por ser parte de mi vida y por escuchar con atención mis posicionamientos y sumarse siempre a las discusiones.

Gracias a Carmina y Francisco, por llevarme a descubrirme como mamá y a encontrar desde ahí el camino para acompañar otras maternidades; y en este tránsito en particular, por entender y respetar mis momentos de estudio, mi impulso es ser sostén y motivación para sus vidas. A mi compañero de vida, mi marido Pablo, colega con quien debatimos cada momento de la vida con pasión, respeto y admiración, acompañándonos todos nuestros días.

A las mujeres con las que he compartido marchas, debates, charlas, talleres, formaciones, festejos, penas; amigas y compañeras, con cada una que me ha dicho una palabra, que hemos compartido una conversación, que me ha dado un obsequio, que me ha regalado su presencia y su tiempo. Son muchas y las atesoro a todas y cada una y agradezco cruzarlas en el camino, que por más que no nos encuentre en el día a día sabemos que siempre estamos para la otra.

A las profesoras/es de la carrera a quienes recordé y comprendí mucho más haciendo este trabajo final; en especial un agradecimiento a nuestro director Facundo por guiarnos, tenernos paciencia, poner a disposición todo su conocimiento y método y lograr sacar lo mejor de nosotras con este trabajo final.

A mi compañera Sol, compañera de estudio pero sobre todo una gran amiga, con quien fluimos con muchos vaivenes en este recorrido pero supimos encontrarnos y amalgamarnos; esperarnos, acompañarnos, escucharnos y compartir y es por eso que acá estamos. Si me hubiesen preguntado cómo sería este cierre creo que me hubiera costado imaginarlo así y como está siendo es perfecto.

Por educación libre, gratuita y comprometida con la comunidad siempre; por las mujeres y la diversidad, motor de cambios para toda la sociedad, por justicia social para todos/as y vidas que puedan ser vividas libres de violencias.

Cintia.-

Resumen

El presente Trabajo Integrador Final de la Licenciatura en Trabajo Social pretende abordar las nociones de parto respetado y violencia obstétrica en el Barrio La Lagunita y el asentamiento irregular el Cañaveral de Rosario, analizando los abordajes y articulaciones en el Centro Cuidar La Lagunita y el Centro de Salud Luchemos por la Vida a partir de describir las políticas públicas y dispositivos para mujeres y personas gestantes en el territorio, indagar cuáles son las problemáticas de la población en el territorio, como así también identificar qué aspectos sobre el parto respetado y la violencia obstétrica conocen las/os trabajadoras/es en las instituciones y los modos en que estas/os contribuyen a garantizar el parto respetado y evitar la violencia obstétrica.

A partir de la observación y los registros de campo, desde un enfoque cualitativo, nuestra propuesta disciplinar es realizar un diagnóstico participativo intersectorial desde el Centro de Salud y Centro Cuidar con otras instituciones estatales, organizaciones de la sociedad civil y con la comunidad sobre el parto respetado y la violencia obstétrica, posibilitando espacios en las redes de cuidados que recuperen los saberes que tiene la población y habiliten a reflexionar sobre las maternidades en el territorio.

Palabras clave: Parto respetado, violencia obstétrica, cuidados, derechos humanos, territorio.

Introducción

El tema que elegimos para nuestro trabajo integrador final de la carrera Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Rosario es el abordaje del parto respetado y la violencia obstétrica, a partir de la experiencia en dos instituciones del Estado Municipal de la ciudad de Rosario: el Centro Cuidar y el Centro de Salud en el barrio La Lagunita.

El interés por este tema surge a partir de nuestros recorridos personales, desde la militancia en el Colectivo Autoconvocado Mujeres en Tribu (CAMeT)[1] y desde el trabajo institucional en Atención Primaria de la Salud (APS)[2] en la ciudad de Rosario.

A la hora de comenzar a realizar este trabajo integrador final (año 2025) bajo la modalidad de práctica disciplinar, nos encontramos trabajando en el Distrito Oeste de la ciudad, en el barrio La Lagunita: Sol en el Centro de Salud Luchemos por la Vida y Cintia en el Centro Cuidar La Lagunita.

En nuestro recorrido en los últimos años en la carrera abordamos la problemática del parto humanizado/respetado y la violencia obstétrica en dos de nuestros últimos trabajos prácticos; en una ponencia para la materia TAI (Taller de Aprendizaje Integrado) V y en la materia Planificación Social II de quinto año de la carrera (Plan de estudios 1997).

---

[1] Según el documento de la asamblea de octubre de 2016 es un espacio colectivo autoconvocado de carácter apartidario, diverso y horizontal integrado por mujeres de distintas edades, la mayoría mujeres-madres de Rosario y ciudades cercanas. Se desprende de reuniones de integrantes del grupo de Facebook Mujeres en Tribu, que en 2014 comenzaron a organizarse. Se propone activar comprometidamente en los ejes: Parto/Nacimiento Respetado, Violencia Obstétrica y Ginecológica, Lactancia Materna, Maternidades y Crianzas libres e informadas. A su vez organizó actividades en el marco de la Semana Mundial por Partos y Nacimientos Respetados y en la Semana de la Lactancia Materna, tuvo participación activa en las marchas por Ni Una Menos y en el 31° Encuentro Nacional de Mujeres, entre otras; y organizó en la ciudad eventos y movilizaciones en marco de la Semana Mundial del Parto Respetado durante varios años

[2] Estrategia en la que se basa el modelo de atención de Rosario; implica que las acciones del sistema de salud están organizadas en función de las necesidades de la población, donde es central partir de donde viven las personas ya que allí se construyen los proyectos de vida y donde se presentan los problemas de salud.

El objetivo que nos planteamos a partir del interés personal y de las observaciones en nuestros espacios de militancia y trabajo durante la formación de grado, es analizar los abordajes del Centro de Salud Luchemos por la Vida y el Centro Cuidar La Lagunita, en relación al parto respetado y la violencia obstétrica. En este sentido, como objetivos específicos, nos proponemos: a) describir las políticas públicas y dispositivos presentes en el territorio para mujeres y personas gestantes; b) indagar cuáles son las problemáticas que mujeres y personas gestantes atraviesan en relación al parto respetado y la violencia obstétrica; c) identificar qué aspectos sobre el parto respetado y la violencia obstétrica conocen las/os trabajadoras/es en dichas instituciones; d) indagar por los modos en que el personal contribuyen a garantizar el parto respetado y evitar la violencia obstétrica.

Luego del desarrollo de un trabajo de análisis en base a los objetivos planteados, con los aportes del enfoque cualitativo y a partir de la observación y la recuperación de cuadernos de campo y registros institucionales, nuestra propuesta disciplinar es realizar un diagnóstico participativo intersectorial desde las instituciones estatales (Centro de Salud y Centro Cuidar) junto a otras instituciones, organizaciones de la sociedad civil y con la comunidad del barrio La Lagunita sobre el parto respetado y la violencia obstétrica, posibilitando espacios en las redes de cuidados que habiliten a reflexionar sobre las maternidades en el territorio.

Nos proponemos generar un dispositivo territorial enmarcado en un taller que aloje a mujeres y disidencias del barrio La Lagunita, con el objetivo de que el territorio cuente con un espacio para trabajar sobre el conocimiento de nuestros cuerpos, los derechos sexuales y (no) reproductivos y la Ley de Parto Respetado.

Una de las preguntas que motorizan este trabajo es: ¿cómo se puede abordar el parto respetado y la violencia obstétrica desde lo comunitario? Entendemos que es

generando propuestas situadas y participativas que propicien espacios de intercambio de saberes en pos de una construcción colectiva que aborde, problematice y visibilice la problemática desde la perspectiva de los distintos actores; de eso se trata nuestro eje principal.

La intención es compartir experiencias y saberes que no tengan que ver exclusivamente con el saber médico-hegemónico, reconociendo saberes populares y propiciando la apertura al diálogo plural y democrático desde la interdisciplina e intersectorialidad desde la salud comunitaria.

Desde un enfoque de Derechos Humanos (DDHH), con perspectiva de género y promoviendo la salud colectiva, la propuesta pretende propiciar espacios interdisciplinarios e intersectoriales de intercambio y construcción con la comunidad, trabajando con la población sobre el reconocimiento y apropiación de los derechos del parto respetado y la visibilización y problematización de la violencia obstétrica en el territorio desde la prevención y promoción de la salud, el cuidado y la autonomía de las/os pacientes; en el marco de la salud integral, como categoría en sí, que aborda la historia de vida, singularidad de las/os sujetas/os, padecimientos subjetivos y medio ambiente donde la población desarrolla sus trayectorias de vida.

Con la intención de abordar dicha problemática desde un posicionamiento ético-político del trabajo social entendemos como expresa Iamamoto (1997) que:

> El significado social de la práctica profesional no se revela de inmediato, no se revela en el propio relato de la acción profesional, de las dificultades que enfrentamos cotidianamente… Ella adquiere su sentido y descubre sus alternativas a partir de la historia de la sociedad de la cual es parte. (p. 179)

Por eso, entendemos a la práctica profesional desde un posicionamiento político que surge de las relaciones de poder que estructuran la sociedad.

Acerca del territorio en donde se realiza el trabajo.

Los Barrios La Lagunita y El Cañaveral, el Centro de Salud Luchemos por La Vida, el Centro Cuidar La Lagunita y la Mesa Interbarrial.

A lo largo de nuestro trabajo, cuando hablemos del territorio, intentaremos hacer mención a un territorio delimitado en el que se circunscriben las instituciones y organizaciones sociales y la población adscripta al Centro de Salud Luchemos por la Vida y referenciada al Centro Cuidar La Lagunita del barrio de igual nombre de la ciudad de Rosario.



Barrio La Lagunita. Tomado de Google Maps, por Google, 2026 (https://www.google.com/maps). Copyright 2026 por Google.



Asentamiento "El Cañaveral". Tomado de Google Maps, por Google, 2026 (https://www.google.com/maps). Copyright 2026 por Google.

Si bien el límite y el recorte de la zona es una delimitación administrativa, nuestra concepción del mismo adhiere a lo que plantea Madoery (2022):

> La noción de territorio, se refiere a un espacio dotado de sentido propio por fuerzas sociales, grupos o instituciones, un espacio vinculado a la apropiación, a las delimitaciones y las fronteras geográficas. Contemplando no solo las territorialidades fijas sino también a las territorialidades dinámicas, cambiantes e inestables generadas por relaciones de fuerzas sociales en tensión permanente. Las disputas territoriales promueven desigualdades sociales diversas (p.14).

Para poder construir las prácticas en el territorio del barrio La Lagunita propiciamos un trabajo interinstitucional, intersectorial e interdisciplinario que enriquezca el quehacer de nuestras prácticas junto a otras/os actores con distintas miradas, recorridos y experiencias que potencien las intervenciones ante las complejidades

de las situaciones abordadas; abogando por un trabajo entre y con las instituciones estatales, profesionales de la salud, organizaciones de la sociedad civil, la comunidad, las activistas, pacientes y familias del territorio.

Con el horizonte de que se garanticen los DDHH, acompañando los procesos de atención a la salud desde una propuesta comunitaria y colectiva que habilite a la población, trabajadores/as del estado y referentes/as barriales a otras formas de acceso a la salud.

Lo cotidiano de nuestras prácticas como estudiantes de trabajo social “Presenta varias dimensiones, entre ellas la social, la educativa y la política; dimensiones que nos remiten constantemente a afrontar la cuestión social, principalmente en lo que atañe a las interfaces entre pobreza y riqueza, exclusión e inclusión, opresión y emancipación” (Kleba Lisboa, T. y Lolatto, S., 2013, p. 413).

Para pensar el rol de las organizaciones de la sociedad civil entendemos que constituyen un pilar esencial del movimiento de derechos humanos y que su potencia, en relación a la temática que pretendemos abordar, está en construir con y desde la comunidad, acercar la población a las instituciones, concientizar sobre el parto respetado y los derechos de la sociedad, incidir en las políticas públicas, investigar y documentar experiencias de mujeres y personas gestantes sobre la violencia obstétrica y el parto respetado, al igual que visibilizar sobre las problemáticas que predominan en el territorio.

El Barrio La Lagunita.

Su nombre deriva de una laguna que antiguamente se encontraba en Boulevard Seguí y ex Perú. La conformación del barrio, según testimonios de las/os vecinas/os, se inicia como un asentamiento a principios de 1980, con la migración

de familias provenientes de provincias del norte de nuestro país, que comienzan a habitar la zona.

El territorio fue creciendo espontáneamente y se sumaron familias de otros lugares, producto de una inundación asentándose en estas zonas, también inundables; las familias rellenaron estos terrenos para levantar sus casillas y radicarse.

En 2007, en el marco del Programa Rosario Hábitat, se inauguran las obras de reordenamiento y mejora habitacional de 280 lotes en el barrio. Se llevan a cabo tareas de reurbanización con el objetivo de recuperar de manera integral los asentamientos irregulares.

Claudia Rosenstein en su artículo El programa Rosario Hábitat y la integración como factor de mejora en la calidad de vida. *El caso del asentamiento "La Lagunita"* (2008) hace referencia a los procesos acelerados de urbanización de América Latina en la década del 50 que implicó: población debajo de la línea de pobreza y sin acceso a la vivienda y en término de hábitat continuar con el “fenómeno de producción informal de la vivienda tanto en lo legal como en lo físico-territorial.” (p. 59)

Es así como se comienza a hacer necesario hablar desde el concepto de integración y empieza a estar presente en las estrategias para abordar la problemática habitacional en ciudades latinoamericanas como expresa Rosenstein (2008) ya que

> Estas poblaciones se fueron ubicando en las periferias urbanas, configurando enclaves irregulares y precarios, en un proceso paulatino de ocupación de suelo fiscal o privado, sin dotación de servicios e infraestructura, lo que dió como resultado la existencia de dos ciudades en un mismo espacio: una

> pobre y excluida y otra rica e incluida en las actividades económicas, sociales y políticas.(p. 59)

A lo largo de este trabajo integrador final, desde nuestros registros respecto a las problemáticas que atraviesan las maternidades en los barrios La Lagunita y El Cañaveral, podemos observar que: sin servicios básicos funcionando con normalidad, con problemas habitacionales, con la necesidad de urbanización del asentamiento irregular para la vida cotidiana de quienes lo habitan, de senderos seguros para pacientes y vecinos/as con movilidad reducida, discapacitados/as, bebés y recién nacidos/as en coches; construimos junto/as con otros en comunidad, la noción de que la informalidad del territorio tiene consecuencias como: la falta de desagües e higiene, la inseguridad, el aislamiento, el acceso precario a la salud, el empleo informal y la estigmatización de los barrios y familias que viven en él.

La línea de acción de los programas de mejoramiento barrial en los 90 “están ligadas a reducir la vulnerabilidad y frenar el incremento de la pobreza”. (Rosenstein, 2008, p. 59) Cuando la Rosenstein (2008) hace referencia a la metodología a utilizar deja en claro la impronta de este barrio diciendo que

> El universo bajo estudio será la comunidad del asentamiento “La Lagunita”, definida ésta por el sentido de pertenencia al espacio territorial donde sus miembros residen. La elección de este asentamiento responde a que en esta intervención no se produjo la relocalización de familias en otros sectores de la ciudad. Si el objeto de estudio de esta investigación es el mejoramiento del hábitat de la población de asentamientos irregulares dentro de su propia localización, la elección resulta absolutamente pertinente. (p. 64)

Entendemos que hay dimensiones que no fueron saldadas desde la intervención del Programa Hábitat hasta la actualidad. Dimensiones de infraestructura como la red

de cloacas, luz segura, veredas, espacios públicos. Un ejemplo es la plaza que está dentro del asentamiento irregular El Cañaveral, llamada Plaza de la Abuela que fue diseñada con la comunidad y la organización civil TECHO[3]; actualmente se encuentra abandonada siendo la única al interior del barrio.

Consideramos también que es necesaria una articulación integral que trabaje junto a salud, educación y empleo las situaciones de violencia y abordaje de consumos problemáticos de la comunidad. Al igual que la gestión de residuos y erradicación de basurales ya que la Ley 27.453[4] conocida como Ley de Barrios Populares reconoce el derecho a la ciudad y a la urbanización, al igual que el artículo 14 bis y 75 inciso 22 de la Constitución Nacional; derecho que se vuelve efectivo si el estado articula salud, educación, seguridad y vivienda en el mismo territorio.

La historización respecto a las vivencias y trayectos de los/as vecinos/as, al momento de la urbanización, fueron aspectos a considerar; como también la diferencia de discursos entre los grupos identificados para esta investigación como: los “referentes” comunitario y “los otros” como se expresa en el artículo. El relato de los considerados los “referentes”, según el estudio, muestran una cierta apropiación con respecto de los logros obtenidos «...” Éramos 280 familias... entonces eso fue la fuerza que nos empujó... si hubiera ido solo me corrían... pero nos quedamos acá. Más de cinco años nos llevó eso pero lo logramos, y hoy esto es otra cosa..”» (Rosenstein, 2018, p. 65)

El sentido de pertenencia y organización comunitaria es un factor determinante desde cuando se conformó el barrio y sigue siendo así en la actualidad

[3] TECHO Argentina, “Sobre TECHO,” https://argentina.techo.org/sobre-techo/: es una fundación sin fines de lucro que trabaja junto a jóvenes voluntarios y vecinos de asentamientos populares para mejorar las condiciones de vivienda y hábitat mediante proyectos de infraestructura y organización comunitaria.

[4] Ley 27.453, Régimen de Regularización Dominial para la Integración Socio Urbana, Argentina, 2018.

materializado en la movilización colectiva cotidiana en relación a las problemáticas históricas.

Según el artículo todos los entrevistados coinciden en los beneficios obtenidos a partir de la dotación de infraestructura y lo relacionan con la organización comunitaria, ya que la mejora en los servicios fue un factor de movilización de la capacidad de organización de la comunidad. Y actualmente continúan organizándose los referentes por servicios básicos para el barrio como la luz y el agua. La población, en aquel momento, se refería así sobre los reclamos históricos según recuperó el Programa Rosario Hábitat (Rosenstein, 2008)

> “El agua buena ya la habíamos puesto entre todos los vecinos. Habíamos puesto un caño y ahí repartimos el agua para todos...’’ “...Antes éramos la gente de la villa...Ahora es un barrio..." También en esta dimensión, los “referentes” comunitarios observan las mejoras como consecuencia de la lucha de la comunidad. “...Ahora las casas están distribuidas por manzanas y no existen más pasillos... Vos venís ahora y es distinto...Nos costó cinco años pero estamos contentos…” (p. 65).

Según el artículo se evidencia cierta discriminación entre los distintos grupos siendo los discriminados los que aparecen más aislados; son nombrados por algunos como “los cirujas” o “los correntinos” «“...Los que viven en el fondo son individualistas. Viven del cirujeo y otra cosa no quieren...” Para la mayoría, quedan nominados como “los otros”. “...Acá hay gente que sí tiene intenciones de mejorar, de progresar y otros que no..."». Sin embargo también expresa, en relación a este tema, que «el Diagnóstico Social (2003) observa otra cosa: “...Se percibe como una cierta diferenciación entre los habitantes que datan desde los inicios del asentamiento respecto a los que se han establecido en este último tiempo. Pero no se ha

transformado en conflicto, ni tampoco ellos lo ven como si fueran “dos bandos enfrentados" (Rosenstein, 2008, p. 67-65).

A lo largo de nuestro trabajo veremos cómo estas diferencias entre el barrio La Lagunita y “los del fondo” como se refieren algunas/os vecinas/os al Cañaveral sigue presente en la actualidad y son representaciones que atraviesan a instituciones, actividades, intervenciones, discursos, reclamos y mesas barriales.

Respecto a los referentes y referentas barriales el artículo de Rosenstein (2008) plantea como indudable que los que portan mayor capital simbólico son los “referentes” comunitarios y esto implica legitimidad, autoridad y reconocimiento de los otros pares y no pares. “Esto quedaría demostrado a partir de los resultados que evidencian que los “referentes” comunitarios son los únicos que sienten los logros como producto de sus propias líneas de acción “ (p. 70).

En la actualidad podemos identificar que aparecen como pendientes muchas de las problemáticas en el territorio que se pueden recoger del relato de la población que ya estaban a la hora de conformarse el barrio. Respecto a esto la autora concluye que “en el caso de La Lagunita, parecería que algunos problemas no se identificaron como tales. Al omitirse, subyacen y alteran el funcionamiento de la comunidad toda. Este es el caso del problema con los adolescentes y la droga y de los conflictos entre grupos al interior de la comunidad, presentes en los discursos de casi todos los actores locales y relativizados por el informe previo“ (Rosenstein, 2008, p. 71).

A casi 20 años de este artículo podemos decir que la información recogida sobre las desigualdades en el territorio, las apreciaciones de las/os vecinas/os, la identificación de las problemáticas sin abordaje y sin soluciones integrales y definitivas es la descripción de la actualidad en estos barrios en los que desarrollamos nuestro trabajo.

Entendemos que intervenir sobre un eje no transforma las causas estructurales, la integralidad es la que permite articular en clave comunitaria y en clave de derechos.

El artículo hace mención a que a la hora de hacer el previo a la intervención se verifica algo distinto a lo que se verifica con el discurso de la gente, “pareciendo ignorar los orígenes de la intervención misma. Tal es el caso de la organización comunitaria. Mientras que el Programa considera como problema la ‘‘carencia de instituciones sólidas ", los actores locales dan cuenta a través de sus discursos, de las numerosas formas de organización existentes en el barrio previo a la intervención y la importancia que le otorgan a la participación de la comunidad” (Rosenstein, 2008, p. 71).

Creemos relevante retomar expresiones y referencias de este artículo ya que a lo largo de la presentación del TIF nos permite comprender los significantes de lo territorial e identificar referencias en ambos barrios. A su vez, entendemos que los territorios como La Lagunita y El Cañaveral necesitan una política integral porque la informalidad urbana es la expresión territorial de la desigualdad.

El Asentamiento El Cañaveral.

Este asentamiento surgió hace poco más de siete años aproximadamente[5] como desprendimiento del Barrio La Lagunita; formado por hijos/as de habitantes de dicha zona que necesitaban un nuevo espacio para vivir.

Comenzó con un terreno desdibujado e informal visibilizado a partir del reconocimiento del Re.Na.Bap[6] (Registro Nacional de Barrios Populares).

[5] Los relatos de las/os vecinas/os, recogidos en el territorio, refieren que hace aproximadamente más de diez años que se asentaron las primeras familias y que desde hace alrededor de cinco o seis años que fue creciendo constantemente hasta la actualidad.

[6] El Registro Nacional de Barrios Populares se crea en 2017 por decreto y en 2018 se sanciona por unanimidad en el Congreso Nacional la Ley 27.453 de Régimen De Regulación Dominial Para la Integración Socio Urbana, un hecho importante a un reclamo de los movimientos sociales que permitió avanzar en el reconocimiento de los barrios populares y mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Históricamente es un barrio que ha carecido de servicios básicos como agua potable, cloacas, gas, pavimento y electricidad y que no cuentan con regulación en la actualidad.

Entre las principales problemáticas que presenta pueden distinguirse: la falta de agua, una problemática constante, el suministro llega por conexiones irregulares, las canillas comunitarias no funcionan o no tienen presión suficiente y no hay cloacas. En segundo lugar está la falta de pavimento, ya que con las lluvias el barro hace que la circulación se vea imposibilitada en el barrio en general y en particular si se necesita el ingreso de vehículos como una ambulancia por ejemplo, ya que, cuando llega a ingresar, deja al barrio sin luz debido a que los cables están bajos. Esto también afecta el tránsito de los adultos mayores y personas con movilidad reducida imposibilitando la salida del barrio; así mismo se inundan los hogares ya que el agua de las lluvias tarda en bajar y drenar dificultando el ingreso y egreso al barrio.

La basura del hogar puede ser nombrada como una tercera problemática, el sistema de recolección de residuos no ingresa al barrio por lo que se generan puntos de arrojo que potencialmente pueden propagar enfermedades y generan contaminación.

Por otra parte, la precarización estructural del asentamiento favorece la proliferación del narcomenudeo y el desarrollo de las actividades vinculadas que se perpetúan; esto trae aparejada la necesidad de intervenciones institucionales vinculadas a la vulneración de derechos sobre todo de mujeres e infancias.

En 2021 se desarrolla un proyecto en el marco del Programa Argentina Unida por la Integración de los Barrios Populares desde la Secretaría de Integración Socio Urbana (SISU) de la Nación que se comenzó a ejecutar con fondos nacionales y provinciales, ejecución que iba a llevarse a cabo por cooperativas de la Unión de

Trabajadores de la Economía Popular (UTEP). El proceso comenzó con el registro y censo de las familias del Cañaveral junto a vecinos y organizaciones sociales. Se presentó un plan de urbanización con el objetivo del “acceso a los servicios básicos, la mejora y ampliación del equipamiento social y de la infraestructura, el tratamiento de los espacios públicos, la eliminación de barreras urbanas, la mejora en la accesibilidad de los barrios, la conectividad y el saneamiento” (Gobierno de Santa Fe, 2021, párr. 8).

La inauguración del Salón de Usos Múltiples (SUM) bautizado en asamblea de vecinos/as “Unidos por la igualdad”, está ubicado estratégicamente en el corazón del Cañaveral. Esta obra tan importante para la comunidad se da en el marco del Proyecto de Integración Sociourbana “El Cañaveral”, que llevó adelante la Secretaría de Integración Sociourbana de la Nación, el Ministerio de Infraestructura, Servicios Públicos y Hábitat de la Provincia de Santa Fe y la Unión de Trabajadores de la Economía Popular. Consistió también en un relevamiento de infraestructura, un censo de familias y la elaboración de un plan que contempló la integración de las 500 familias que habitaban el barrio.

Luego de esta inauguración no comenzó la segunda fase, las obras en Rosario se frenaron ya que se que vió afectado su financiamiento por decreto del gobierno nacional actual (decreto 193/2024) que lo redujo a un 0,03% (Ciarniello, 2024).

El Cañaveral es un área de alta densidad poblacional que activamente, a través de las organizaciones del territorio, siguen reclamando su regularización y el acceso a los servicios básicos. En la actualidad no hay un censo que actualice la cantidad de familias que viven en el barrio pero su crecimiento es constante.

El Centro de Salud Luchemos por la Vida.

El Centro de Salud Luchemos por la Vida, forma parte de las descentralización de la salud pública municipal de la ciudad de Rosario y de la red del primer nivel de atención primaria de la salud (APS). Compone uno de los seis centros de salud del Distrito Oeste y uno de los más de cincuenta centros de toda la ciudad de Rosario. Está ubicado en Bv. Seguí 6550, en la intersección de Seguí y la calle Gobernador Molina, ex Perú o conocida popularmente como Calle 1818 y se sitúa geográficamente en el barrio La Lagunita.

El Centro de Salud está constituido por un equipo de más de veinticinco integrantes: médicas/os generalistas, médicas/os pediatras, tocoginecologa, trabajadora social, psicóloga/o, administrativas/os, psicopedagoga, fonoaudiologa, enfermeras/os, psiquiatra, médicas/os clínicas/os, farmacéutica, odontóloga, personal de limpieza, personal de seguridad privada y policías.

El número de historias clínicas de pacientes adscriptas/os a los equipos de referencia del Centro de Salud supera las 6000 historias clínicas familiares.

En términos de infraestructura cuenta con siete consultorios, farmacia, enfermería, administración, cocina y patio.

Es una institución estatal con fuerte presencia para la comunidad, con una franja horaria de atención de once horas en el territorio. Caracterizada por la admisión de pacientes y recepción de los mismos en sus procesos de atención de salud por trabajadores/as y profesionales de la salud.

El Centro de Salud cuenta con seguridad privada y personal policial en la institución que están para acompañar al equipo y a las/os pacientes debido a las violencias que atraviesan los territorios en general y este en particular.

Es una institución de salud que escucha y recepciona las demandas de la población, en ocasiones algunas situaciones requieren de la vinculación con distintas áreas de la Municipalidad de Rosario y es ahí donde se articula con otras otras secretarías.

Desde mi observación como estudiante puedo señalar que es una institución con representación territorial, con vínculos interinstitucionales con otras instituciones del Estado y también con organizaciones sociales.

Pese al contexto actual, donde las demandas son más complejas por la situación y coyuntura política, social y económica, el Centro de Salud propicia encuentros interdisciplinarios que se agendan cotidianamente pese a la marca de lo agudo, la urgencia y lo espontáneo; interdisciplina que puede percibirse hacia adentro de la institución, con el segundo y tercer nivel de la secretaría de salud y con otras secretarías tanto del estado municipal y como provincial.

Frente al contexto actual, trabajamos en un escenario que muestra que desde enero 2024 al mes de agosto 2025 hubo un 30% de apertura de historias clínicas nuevas, ingresando a la red municipal 37.973 nuevos pacientes; en el año 2024 se hablaba de 800 personas nuevas por mes, que se duplicó a 1.718 en agosto 2025 según registros que dió a conocer la secretaría de salud pública (Avalis, 2025).

Algunas de las causas de estos aumentos de adscripción de la población están vinculadas a la pérdida de empleo formal y dificultades para afrontar el copago de las prestaciones de salud, entre otras. Esto resiente las estructuras de APS continuamente y al Centro de Salud, tensionando los procesos de atención de la población.

Respecto al tema que abordamos en este trabajo, la problemática de la violencia obstétrica y el parto respetado, se puede observar que el Centro de Salud no cuenta con folleteria sobre parto humanizado, no participamos en el último tiempo, como

equipo, de capacitaciones que contemplen la temática y no disponemos en el territorio de un espacio comunitario que la aborde. Tampoco ha formado parte la temática, hasta el momento, de las discusiones o debates de los espacios de las reuniones de equipo.

Sin embargo desde el Centro de Salud se sostuvo un espacio de lactancia integrado por pediatras. Este espacio se desarrollaba en las instalaciones de otra institución cercana al barrio que es la Parada Oeste, que depende de la Secretaría de Desarrollo Humano y Hábitat que nos facilitaba el espacio. En el dispositivo pudimos convocar a pacientes definidos por el equipo del Centro de Salud con el objetivo de acompañar a las maternidades en los primeros meses de vida de los/as recién nacidos/as abordando pautas de alarma, lactancia y cuidados centrados en las familias.

Así mismo, la institución cuenta con folletería sobre el acceso al aborto seguro, legal y gratuito y sobre la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y sí forma parte de las discusiones entre los/as profesionales/as y tensiona los procesos de atención y las consultas por interrupción del embarazo.

Desde nuestra observación, notamos cómo las dimensiones espaciales del Centro de Salud se fueron ampliando debido a la falta de consultorios en la institución que se hizo evidente debido a la gran cantidad de demanda de atenciones espontáneas sumado a los turnos programados y los dispositivos que se llevan adelante. Este incremento se vió reflejado en el SISRos (Sistema de Centros de Salud y Hospitales Públicos de la Red de Salud Municipal de Rosario) generando, sin la ampliación de consultorios, dificultad en la atención de los/as médicos/as y dificultad en la disponibilidad de consultorios para otras disciplinas como por ejemplo, trabajo social. A su vez esto requirió de la articulación con otras instituciones para poder

llevar a cabo y sostener los dispositivos de nutrición, desarrollo infantil, psicopedagogía y psicología junto a médicos/as en el Centro Cuidar.

En este contexto forman parte de los espacios orgánicos del Centro de Salud los debates con el equipo sobre los valores de APS de universalidad, equidad, gratuidad entre otros, ya que frente a la necesidad de políticas integrales, los equipos y trabajadores planificamos en base a que es “lo posible” en estos tiempos de desfinanciamiento de políticas públicas desde el gobierno nacional, donde se han desmantelado y vaciado políticas públicas de asistencia, como el Programa Acompañar y la Línea 144 de Violencia de Género.

En la actualidad el gobierno nacional intenta reestructurar el sistema de discapacidad mediante un nuevo proyecto de ley que impulsa auditorías estrictas, un reempadronamiento obligatorio de beneficiarios de pensiones por invalidez (Pensiones No Contributivas) y la modificación de los requisitos de acceso, enfocándose en la capacidad laboral y no sólo en la condición de salud.

Durante los dos años y medio que lleva de gestión el gobierno nacional se propone una fuerte reducción presupuestaria en la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS), lo que ha generado tensiones en la cobertura de prestaciones y funcionamiento de instituciones. Un ejemplo es el trabajo con la población cuando se propuso un nuevo registro obligatorio de personas con discapacidad, que establecía un plazo de 90 días para actualizar datos, bajo riesgo de baja automática acompañamos a la población realizando los pedidos de informes a contra reloj para que pudieran asistir y completar el registro en las citas a las auditorías. Esta situación extraordinarias e inminentes sobresatura al sistema de salud, debido al pedido de nación de actualización de los turnos, de pedido de informes, de acompañamiento a pacientes que no fueron notificados y el acompañamiento a los

pacientes que eran citados en horarios complejos para la salida e ingreso en los barrios populares sumado a las dificultades e imposibilidades físicas por ser pacientes con discapacidad.

Otro foco permanente receptor del discurso de odio y la estigmatización es sobre los feminismos y la diversidad sexual. Un ejemplo local es, tras la asunción del actual gobernador de la Provincia de Santa Fe, el cambio del Ministerio de Igualdad, Género y Diversidad que pasó a ser la Secretaría de Mujeres, Género y Diversidad, y hubo un recorte de trabajadores y trabajadoras que se tradujo en despidos (Pausa, 2026).

Por otra parte, el impacto del ajuste nacional en los efectores locales respecto al Programa Remediar es una situación que pone en riesgo la prevención y el tratamiento de miles de rosarinos. Actualmente el Plan Remediar cuenta con más de 70 medicamentos que integran el programa, pero hoy solo quedan 3 disponibles. La desfinanciación afecta directamente el acceso gratuito a tratamientos básicos y el cumplimiento del calendario anual de vacunas. Consideramos que es un retiro del Estado Nacional en áreas críticas que garantizan el derecho a la salud (Página/12, 2026).

Dentro de los procesos de atención primaria, las propuestas que generamos para vincularnos con la comunidad y para recuperar la atención primaria de la salud son los dispositivos territoriales que propicien la interdisciplina, que nos invitan a salir de los consultorios y nos predisponen a otros encuentros con la población y también entre las/os trabajadoras/es, en la búsqueda de sentido de nuestras praxis políticas con la comunidad en el contexto que mencionamos. Para concluir y respecto a los procesos de atencion de salud de embarazadas y gestantes en el centro de salud se realizan cotidianamente examenes fisicos y de signos vitales de las embarazadas,

monitoreos del crecimiento fetal, analisis de sangre y orina, pruebas obligatorias para detectar HIV, Sífilis (VDRL), Hepatitis B, Chagas y Toxoplasmosis para prevenir la transmisión al bebé, pruebas de tolerancia a la glucosa, hisopado anal y vaginal, controles de ecografias obstetricas, inmunizaciones, prescripcion de acido folico y hierro. Respecto al recién nacido, controles de peso y talla, evaluación de los reflejos arcaicos y el desarrollo madurativo/neurológico, evaluación de las fontanelas, pedido de interconsulta de otoemisiones también para fondo de ojos, plan de vacunación y apoyo de lactancia materna.



Actividad “Cuidados fiebre, mocos, tos y mucho más" - Trabajadores de la salud pública y población. Centro de Salud Luchemos por la vida.Mayo, 2026. Rosario.

La experiencia en el Centro Cuidar La Lagunita.

En Mayo de 2025 me incorporé al Centro Cuidar La Lagunita, a través del Programa Andamios[7], el cual está a cargo de la Dirección General de Infancias y Familias de la Secretaría de Desarrollo Humano y Hábitat municipal en articulación con la Universidad Nacional de Rosario y se lleva a cabo en los 46 Centros Cuidar de la ciudad.

Como estudiante de trabajo social, en el rol denominado andamiadora, estaba a cargo de acompañar las trayectorias escolares de niños/as entre 6 y 12 años llevando a cabo talleres de educación no formal a través de propuestas de encuentros lúdicos.

En este marco se llevaba a cabo una formación para adquirir el conocimiento y las herramientas para planificar y desarrollar dichos talleres a través de la Diplomatura de Pre Grado de Diseño de Talleres de Educación No Formal y Promoción al Derecho a la Educación dictado por el Programa de Fortalecimiento de Trayectorias Escolares (ProForTe) de la UNR como instancia de formación socio-educativa y parte de la práctica pre-profesional en territorio como lo plantea el programa.

La incorporación al trabajo en el Centro Cuidar, como estudiante, era a través de una beca como asignación estímulo en el marco de la condición laboral/contractual. Dicha beca finalizó en febrero de 2026 luego de la culminación de las actividades de verano de las colonias en los polideportivos, acompañando a las infancias junto a otras trabajadoras del Centro Cuidar.

El Centro Cuidar La Lagunita está ubicado en Bv. Seguí 6693, en el barrio La Lagunita; zona delimitada por las calles Bv. Seguí al norte, Av. Provincias Unidas al

[7] Programa que busca garantizar el acceso a la educación de niños, niñas y adolescentes cuya vinculación con la escuela se ve fragilizada, procurando su re-vinculación a la educación formal y/o fortaleciendo sus trayectorias, muchas veces irregulares o intermitentes. Se lleva adelante en los Centros Cuidar, de manera conjunta y articulada con la Universidad Nacional de Rosario.

oeste, calle 1818 (ex Perú) al este y calle 1851 al sur en el Distrito Oeste de la ciudad de Rosario.

Este Centro tiene una marcada referencia, ya que tiene 27 años de actividad y de acuerdo a las distintas gestiones de gobierno y programas llevados a cabo fue cambiando de nombre; es por eso que la población puede que lo referencie en ocasione como CCB (Centro de Convivencia Barrial) o Crecer (Centros Crecer).

Los Centros Cuidar, se presentan como instituciones socioeducativas que conforman una red de espacios ubicados en diferentes barrios de los seis distritos de la ciudad en el marco del Plan Cuidar[8], desplegando políticas públicas de cuidado. Forman parte de la política que se lleva adelante desde la Secretaría de Desarrollo Humano y Hábitat de la Municipalidad de Rosario con el fin de transformar estos espacio público en un espacio común de encuentro con el otro. Se enmarca como una política territorial y según la descripción que hace dicha Secretaría en la página web de la Municipalidad son

> primeros espacios públicos en los barrios (...) ubicados estratégicamente en los barrios de mayor vulnerabilidad de la ciudad para posibilitar la inclusión de grupos familiares completos propiciando el pleno ejercicio de sus derechos, implementando los distintos ejes del Plan Cuidar, a través de propuestas como: Proyecto de Desarrollo Infantil (para niños/as de 0 a 3 años), Propuestas socioeducativas (para niños/as de 3 años), Espacios de Fortalecimiento Familiar, Territorios de Aprendizajes para niños, niñas y adolescentes (de 6 a 15 años), Espacios para juventudes, Actividades Integrales para adultas y adultos mayores (Municipalidad de Rosario, 2025).

[8] El Plan Integral de Inclusión y Cuidado, conocido como Plan Cuidar involucra un abanico de políticas sociales destinadas a garantizar el derecho a cuidar y a recibir cuidados, procurando el bienestar de las personas con distintos niveles de dependencia, desde la niñez a la adultez, desde un enfoque de igualdad de género y corresponsabilidad entre el Estado, las familias y la comunidad.

Por su ubicación, el Centro Cuidar trabaja con los barrios: La Lagunita, Sector 5, Sector 6, Barrio del Sol, Cañaveral (asentamiento 2010), Eucaliptal (relocalización de Villa Molino Blanco 2006), 2 de Agosto (relocalización de Villa Corrientes 2006), Triángulo, Godoy, Moderno, Hipotecario, Bollati y parte de Barrio Toba (sumado en el último tiempo con mayor participación). Estos datos se desprenden de un documento interno compartido en reunión de equipo para trabajar el proyecto institucional.

El Centro Cuidar está integrado por distintos trabajadores/as y profesionales, el equipo está conformado por: la coordinación, educadora de primera infancia (espacio lúdico-desarrollo infantil), espacio socio-educativo de sala de tres años (a cargo de las seños de las salas), auxiliares de sala, educadora de segunda infancia, estudiante (en este caso de trabajo social) para Andamios dentro de segunda infancia, la dupla de abordaje territorial, espacio de mujeres y diversidad (Consejería de género), acompañante y tallerista de Nueva Oportunidad, docente de CAEBA[9], docente del Programa Serenateros[10], asesoramiento jurídico, personal de limpieza, personal de cocina y personal de seguridad.

Cabe destacar que dentro del Plan Cuidar (en el marco del Plan 1000 días a nivel nacional), desde el Espacio de Desarrollo Infantil, se lleva adelante la propuesta para Personas Gestantes como “un dispositivo territorial intersectorial e interdisciplinario” a cargo de la Dirección General de Infancias y Familias de la Secretaría de Desarrollo Humano y Hábitat, y de la Dirección de Centros de Salud

[9] Los CAEBA (Centros de Alfabetización y Educación Básica para Adultos) en Rosario son espacios gratuitos y oficiales avalados por el Ministerio de Educación provincial, diseñados para que jóvenes (mayores de 14 años) y adultos puedan comenzar, continuar o finalizar sus estudios primarios.

[10] El programa Serenateros y Serenateras en mi Barrio es una propuesta cultural y socioeducativa de la Municipalidad de Rosario que integra música, arte, juego y lectura. Funciona como parte de las políticas municipales orientadas a las infancias, desplegándose dentro de los Centros Cuidar y otros espacios territoriales de la ciudad https://www.notiregional.com/inicio/noticia/1768/Infancias-el-municipio-conmemora-los-20-aos-de-la-ley-26061.html

de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario (Municipalidad de Rosario, 2025, párr. 11).

Actualmente hay 13[11] dispositivos para personas gestantes en nuestra la ciudad en Centros Cuidar y Centros de Salud que se dedican puntualmente al contenido de todo el proceso del embarazo y luego participan las madres en puerperio con los bebés en la lactancia, hasta los seis meses; son

> dispositivos territoriales conformados por equipos intersectoriales e interdisciplinarios, los que dependen de las secretarías de Desarrollo Humano y Salud Pública, localizados en instituciones de diferentes barrios de la ciudad, articulando en su base conceptual el desarrollo infantil, las funciones parentales, el fortalecimiento de los vínculos y el abordaje social y comunitario, en el marco de las políticas de protección a las infancias (Municipalidad de Rosario, 2026, párr 10).

Cabe mencionar que el Centro Cuidar La Lagunita no cuenta, al momento de realizar este trabajo, con este dispositivo en territorio para trabajar con la comunidad, pero sí se lleva adelante el espacio lúdico de desarrollo infantil para niños y niñas de 0 a 3 años.

Desde mi punto de vista, como estudiante y en conocimiento de varias familias referenciadas a la institución, considero que podría ser oportuno para la población contar con un espacio institucional con propuestas para las mujeres embarazadas y personas gestantes del barrio.

En cuanto a la dinámica institucional puede observarse que la fuerte impronta que tiene la Sala de 3 (espacio socioeducativo de 3 años) en el Centro Cuidar. Hay dos salas que funcionan por la mañana y en líneas generales marcan el ritmo,

[11] Hasta 2025 había 7 dispositivos para personas gestantes en la ciudad de Rosario.

principalmente sobre todo en relación al horario de inicio de actividades y apertura de la institución y a su vez en relación a actividades y propuestas en fechas especiales y abiertas a la comunidad.

Hay un cambio sustancial, que merece ser mencionado y está relacionado con la modificación de la dinámica del ingreso al Centro; esto ocurrió luego de un episodio vivenciado por una trabajadora de la institución, una de las educadoras, con una vecina que al ingresar a la institución amenaza con un cuchillo. Se relata un episodio un tanto violento y difícil de manejar que marcó a las/os trabajadoras/es y que llevó a solicitar institucionalmente que se incorporara personal de seguridad en la puerta.

Esto generó un cambio crucial, ya que desde ese momento el ingreso empieza a estar mediado por personal de seguridad asumiendo un rol de portero, ya que es quien acude al llamado de las/os vecinas/os a través de un timbre y permite o deniega el ingreso. El acceso de la población se ve sujeto a la actividad a realizar, el horario de inicio, la cita puntual a determinada persona o la disponibilidad/presencia de las profesionales/trabajadores de los distintos espacios/dispositivos por quienes se acude o consulta; mayormente la población referenciada solicita ver o hablar con la coordinación del Centro.

Esto hace que, de cierta manera, la institución ya no tenga las puertas abiertas sino, un acceso limitado, coordinado y mediado por una cita o reunión o de acuerdo a la participación a determinados espacios o dispositivos viabilizado a través de personal de seguridad posiblemente con escasos recursos relacionados al marco institucional.

De esta forma se ve un tanto desdibujado uno de los objetivos que plantea el Plan Cuidar con los Centros Cuidar en territorio de transformar estos espacio público en

un espacio común de encuentro con el otro ya que las problemáticas del territorio también se expresan en la institución.

Otro de los determinantes en la dinámica del Centro Cuidar es la entrega de las cajas de asistencia socio-alimentaria a la población adscrita en el marco del Plan de Seguridad Alimentaria. Durante el tiempo que trabajé en la institución esta actividad demandaba una logística que llevaba a suspender las actividades durante toda la mañana hasta el mediodía involucrando en muchas ocasiones a trabajadoras de los distintos espacios como apoyo debido a la masividad de gente del barrio que es beneficiaria de la caja, como es conocida y nombrada habitualmente.

Es así como esta asistencia alimentaria, que se retira en la institución una vez al mes, se convierte en un eje importante para las/os vecinos/as de los barrios con los que se trabaja, siendo una prioridad que lo demuestra la fila de gente a la entrada del Centro varias horas antes de la apertura y del horario de entrega, y también se evidencia en el incremento en el número de personas empadronadas.

En el Centro Cuidar se llevaba adelante la reunión de equipo una vez al mes, de la que puede participar en calidad de estudiante/trabajadora formando parte y conociendo la dinámica de la institución, problematizando y planteando distintas inquietudes e iniciativas en relación al espacio de Andamios en particular y a las actividades con la comunidad en general.

Estas reuniones eran un espacio abierto y plural donde se trabajaba principalmente en relación a la organización de las actividades especiales como por ejemplo: fechas patrias, el festejo del cumpleaños del Centro, salidas con las grupalidades, actividades con otras instituciones (principalmente con el Centro de Salud) y actividades en inmediaciones del Centro Cuidar (plaza del barrio).

En las reuniones se podía compartir con otras/os trabajadoras/es intercambiando opciones o ideas pero muchas veces no llegaban a participar todas/os en su totalidad principalmente por motivos de fecha/horario, ya que muchas/es trabajaban en otros Centros Cuidar u otras instituciones.

El espacio de Andamios se conformó ampliamente por niñas/os que ya tenían algún vínculo con la institución por haber transitado el espacio años anteriores o a partir de que sus familias estaban referenciadas al Centro Cuidar por otras actividades o dispositivos. Eso hizo que se pudieran conocer, trabajar y reforzar algunas dinámicas familiares a partir del conocimiento previo por abordajes ya iniciados desde la institución.

Se pudo trabajar junto a la coordinación en reuniones con algunas familias para tratar temas puntuales recogidos de los relatos de las/os niñas/os en los talles; pero a su vez se encontraba un límite marcado en dichos abordajes a partir de las incumbencias del rol de andamiadora, como estudiante, siendo la dupla de Abordaje Territorial o la coordinación quienes tomaran e hicieran el seguimiento formal de las situaciones.

Resulta importante mencionar un condicionante que se generaba, en relación a la forma de contratación, ya que disponía de una determinada cantidad de horas y días a trabajar en territorio por lo que el trabajo en el Centro Cuidar, en cuanto a reuniones con las familias, actividades especiales, reuniones de equipo, entre otras lo que llevaba a realizar una reorganización y en ocasiones postergar o reprogramar los encuentros de los talleres con las/os niñas/os. Esto generaba tener que organizar y realizar todo dentro de ese margen y priorizar o no el dispositivo, el retrabajo o la integración institucional.

En el tiempo que estuve en el Centro Cuidar, en relación a Andamios, no se logró generar una relación interinstitucional con las escuelas de la zona, sobre todo con aquellas a las que asistían los niños/as que formaban parte del taller; solo pudo lograrse cierta comunicación telefónica, sobre el final del año, con algunas docentes particulares por situaciones puntuales de determinados/as niños/as en relación a ir a la instancias de procesos o la posibilidad de quedarse de grado.

El trabajo interinstitucional que tiene presencia y puede rebelarse es el que se lleva a cabo con el Centro de Salud Luchemos por la Vida con quienes se llevan adelante talleres de forma interdisciplinaria; espacios que se sostienen regularmente y que cuentan con amplia participación de la población del territorio.

Mesa Interinstitucional.

Las mesas interinstitucionales son espacios de encuentro en los territorios de las instituciones del estado y las organizaciones sociales que tienen por objetivos: propiciar redes comunitarias en los territorios, trabajar las problemáticas de los barrios y las familias, generar una agenda en común de actividades y poner en tensión los reclamos de la población para buscar soluciones posibles.

En la Mesa Interinstitucional del barrio La Lagunita y El Cañaveral participan el Centro Cuidar La Lagunita, la Parada Oeste[12], el Centro de Salud Luchemos por la Vida, la Organización Descendientes de Victoria (con referentes del Socialismo), el Espacio SUM del Cañaveral (referenciados con el Movimiento Evita), la Agrupación La Bartolina Zona Oeste (que tiene como referentes el espacio de Patria Grande),

[12] Uno de los Centros de Emprendedores de la ciudad de Rosario, espacios destinados a la formación y promoción del desarrollo de formas productivas y de comercialización, este está ubicado en el Distrito Oeste y es un espacio que se constituye como ámbito de producción y capacitación en los rubros textil y estética principalmente; trabajan con el Programa Nueva Oportunidad de la Provincia de Santa Fe. Cuenta con talleres de electricidad y estética para jóvenes del barrio de 16 a 35 años. También se lleva a cabo la producción de baldosas para el proyecto Veredas con Propósito a cargo de grupos de jóvenes.

vecinas de la Plaza Los Amigos (Plaza de Bv. Seguí y Fraga), Comedor Mujeres de La Lagunita, Organización TECHO[13], Comedor El Eucaliptal, la Organización Religiosa Fundación Dios Es Amor, comedores referenciadas con el Polo Obrero, la Asociación civil Pediatras Contra el Hambre filial Rosario[14], Comedor Dejando Huellas, Jardín N° 65, Escuela Primaria Comunidad Eva Perón N° 1.318, Escuela Isidro Labrador y Escuela Especial N° 2.135.

La mesa interinstitucional está convocada para los primeros miércoles del mes, el lugar físico de los encuentros va rotando entre instituciones y organizaciones del estado. Está funcionando desde hace dos años y anteriormente funcionaba pre-pandemia. Es un espacio que está en permanente construcción y en determinadas ocasiones frente a cuestiones territoriales de alta resonancia retoma la masividad de los encuentros y en otras, se detienen algunos procesos y cuesta sostener la participación.

Algunas de las actividades de la mesa interinstitucional fueron: capacitaciones de orientación laboral, campañas para tramitar DNI gratuitos, asesoramiento y realización de trámites de Anses, gestión de Boleto Educativo Gratuito, trámite de partidas de nacimiento, festejos de las infancias, charlas de salud sexual y reproductiva, charla sobre lactancia, ferias, taller de confección de toallitas femeninas, charlas para redes sociales y emprendimientos, RCP básico para recién nacidos/as, clases de yoga y cuidados, inscripciones para escuelas primarias para adultos, campañas de donaciones frente a incendios en las casillas del Cañaveral y solicitudes de formalización de los servicios para El Cañaveral a través de las firmas de los vecinos y vecinas.

[13] Organización que busca acercar a las familias a una vivienda digna y superar la situación de pobreza extrema en asentamientos precarios. Las viviendas de emergencia son prefabricadas y se construyen a través de la acción conjunta de sus habitantes y jóvenes voluntarios/as.

[14] Red de Pediatras de Argentina preocupados por el acceso a la salud integral y la nutrición de niños, niñas y adolescentes.



Actividad “Siempre cerca de la gente”, Operativo tramites Anses, DNI y Medio Boleto Estudiantil. Convocada por FAS y Organizaciones Sociales e Instituciones del Estado Municipal, espacio S.U.M del Cañaveral. Septiembre de 2025.



Encuentro “Hablemos de salud entre todos y todas. Hoy HPV”. Convocada por Centro de Salud Luchemos por la Vida, organizaciones sociales e instituciones para prevención y tratamiento del HPV. Lugar de encuentro: S.U.M del cañaveral. Abril 2025



Encuentro “Hablemos de Salud sexual desde el deseo y los cuidados”. Charla con jóvenes del Nueva Oportunidad sobre ciudadanos sexuales y reproductivos. Convocado por el Centro de Salud Luchemos por la Vida y Descendientes de Victoria (organización social). Espacio de encuentro: Descendientes de Victoria Noviembre,2024

Contexto sociohistórico actual

El derecho al Parto Respetado está garantizado por la existencia de una Ley en nuestro país y aún así enfrenta barreras culturales, médicas y estructurales para su implementación; por otra parte, la Violencia Obstétrica, reconocida en la Ley 26.485 como una de las violencias por motivos de género sigue siendo naturalizada e invisibilizada.

Existen diversos indicadores relacionados a la salud de las mujeres y las/os recién nacidas/os reportados por el Sistema Informático Perinatal (sistema de registro elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación, 2019) que permiten contextualizar y complementar la problemática de la violencia obstétrica en relación con la cantidad de cesáreas reportadas, la posibilidad de acompañamiento en el parto, la realización de episiotomías en primerizas y el manejo del alumbramiento activo en partos vaginales.

Esta información corresponde al sistema público de salud, en el año 2019 el Sistema Informático Perinatal registró 277.330 nacimientos en todas las jurisdicciones del país, siendo el 37% por cesárea. Según la OMS (2015) la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%, siendo que la tasa de Argentina duplicaría en ese momento la recomendada. Por otra parte, al 44,7% de las madres no se les permitió tener acompañamiento en el proceso de parto; de 166.018 partos vaginales registrados al 73,5% de las madres no se les permitió un manejo activo del alumbramiento.

En 2018, en relación a la episiotomía se observó una prevalencia elevada de la tasa en primíparas: casi 2 de cada 3 mujeres, siendo que no hay evidencia de que el uso rutinario de la episiotomía tenga efectos beneficiosos, pero hay clara evidencia que puede tener efectos perjudiciales.

> Estudios nacionales e internacionales que han incluido a Rosario indican que en sanatorios y clínicas, en promedio, el 50% de los niños y niñas nacen por cesárea (incluso en algunos centros privados se han detectado tasas del 70%). En las maternidades públicas locales ronda el 30% (31.3% la Martin y 26.7% en el Roque)" (La Capital, 2024).

Esta práctica tiene riesgos que en general se desconocen y su indicación, no de forma rutinaria y sí en casos que lo ameriten puede salvar vidas. Para ello resultan necesarias las decisiones informadas de las personas gestantes y el trabajo de los equipos de salud en cada efector para detectar cuáles son los motivos y revertir esta indicación de manera excesiva e indiscriminada.

Ante esta realidad que cada vez puede visibilizarse más, de acuerdo a la exposición en el Concejo Municipal de Rosario y en base a evidencia recabada por organismos internacionales, organizaciones que activan sobre la temática y los números locales, creemos importante la información y el acompañamiento tanto antes como en el embarazo y el parto para que las mujeres y personas gestantes puedan conocer, saber y apropiarse y de esta manera poder elegir a fin de que genere una baja en las tasas de cesáreas a partir de identificar y problematizar el por qué de que se sobre indiquen y practiquen.

De acuerdo a un informe reciente, la Sociedad Argentina de Pediatría reveló que el 40% de los nacimientos es por cesárea, es decir, 4 de cada 10 bebés nacen por cesárea en nuestro país evidenciando una cifra que triplica las recomendaciones internacionales según denuncia la Campaña Nacional contra la Violencia Ginecobstétrica (Puntual, 2026).

Un informe sobre denuncias realizadas entre 2017 y 2021 a la Línea 144 del ex Observatorio de las Violencias y Desigualdades por Razones de Género del ex Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación, señaló como los principales los motivos de denuncias: el trato deshumanizado, la falta de información y el no respeto por las decisión de las mujeres y otras personas gestantes.

Según un reporte del Observatorio de Violencia Obstétrica Argentina en alianza con la Campaña Nacional en contra de la Violencia Ginecobstétrica el 45% de las

mujeres sufrió maltrato verbal durante la atención ginecobstétrica entre 2023 y 2024, además el 31% aseguró que le realizaron intervenciones sin autorización mediada por información completa, el 22% no pudo estar acompañada y el 35% recuerda su experiencia con malestar o sufrimiento (Da Silva, F., 2025).

Estas organizaciones en su rol de activistas e investigadoras especializadas expresan en relación al relevamiento de los relatos de las mujeres y personas gestantes que

> sin su voz en el centro, sin sus vivencias y experiencias como base y sin su placer, deseo, libertad, soberanía, dignidad e integridad como brújula la discusión sobre violencia ginecobstétrica es una farsa.
>
> Lo que está en disputa, no es el índice de cesáreas o episiotomías sino el ejercicio absoluto de la autonomía (OVO Argentina y Campaña Nacional contra la Violencia Ginecobstétrica, 2024).

En nuestra ciudad, el Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP, s.f.) fue fundado en 1984 por un grupo de obstetras “comprometidos con mejorar la salud materno-infantil a través de la investigación, la formación de recursos humanos y la planificación de estrategias para el cuidado de la salud”. Es una referencia en el país sobre uso adecuado de cesáreas y respeto de los derechos en el parto; a su vez tiene incidencia en las políticas públicas ya que aporta estudios como referencia para diseñar programas y trabaja directamente con las Maternidades públicas de la ciudad.

Por su parte la Asociación de Obstetricia y Ginecología de Rosario (ASOGIR, s.f.) se presenta como un actor clave en nuestra ciudad en la implementación de la Ley 25.929 a través de jornadas y consensos utilizados para capacitar y definir protocolos en relación a la violencia obstétrica en la práctica clínica .

El Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR) monitorea la implementación de la Ley de Parto Respetado en Rosario y la ILE/IVE en Santa Fe; a través del Observatorio de Género, Salud y Derechos Humanos monitorea y visibiliza la violencia institucional en salud sexual y reproductiva en hospitales públicos de Rosario y Santa Fe. En sus reportes de derechos humanos (Con todo al aire 1 y 2) recoge frases que escucharon pacientes: «“Si te gustó lo dulce, aguantate lo amargo”, le dijeron a una mujer pariendo; “Yo soy la doctora, pero si vos sabés, quedate en tu casa y atenderte sola”». El objetivo es mostrar que muchos casos son tratos crueles, inhumanos y degradantes según los tratados de DDHH; este material sirve para formación e incidencia pública (Damián, 2008).

En cuanto al activismo local, desde los feminismos el Colectivo Autoconvocado MujerEs en Tribu (CAMeT) trabajo desde 2016 en el acompañamiento a mujeres y personas gestantes y la acción directa contra la violencia obstétrica y el parto respetado a partir de movilización, visibilización y concientización en las calles y a través de encuentros intersectoriales de debate y formación.

Enfoque de Derechos. Marco normativo internacional, nacional, provincial, local.

Interpretamos que el enfoque de derechos humanos en articulación con la perspectiva de género configuran el sustento y el respaldo del derecho a un parto respetado y al decir de Castrillo (2020) “como derecho humano del siglo XXI” (p.198).

Es así que Latinoamérica marca el horizonte de trabajo sanitario en la búsqueda de humanizar los partos sentando las bases mundiales ya que es en este continente donde se define y construye el concepto de violencia obstétrica y se promulgan leyes, normativas y protocolos de atención.

Comprendemos que estudiar a la violencia obstétrica como una problemática social implica estudiarla para la prevención y erradicación de la violencia obstétrica como vulneración a los Derechos Humanos.

Para Carballeda (2016):

> En un enfoque de derechos humanos, los planes, las políticas y los procesos de desarrollo están anclados en un sistema de derechos y de los correspondientes deberes establecidos por el derecho internacional. Ello contribuye a promover la sostenibilidad de la labor de desarrollo, potenciar la capacidad de acción efectiva de la población, especialmente de los grupos más marginados, para participar en la formulación de políticas, y hacer responsables a los que tienen la obligación de actuar (p.3).

Partiendo del enfoque de derechos humanos y considerando la violencia obstétrica como violencia de género nos proponemos con este trabajo integrador final abordar la problemática dentro del campo de la salud propiciando espacios de encuentros desde lo comunitario con instituciones y organizaciones en territorio junto a otras disciplinas.

En Argentina la Ley Nacional N° 25.929 de Parto Respetado y la Ley Nacional N° 26.485 de Protección Integral de las Mujeres, representan las bases jurídicas y legales que debieran garantizar y salvaguardar la adecuada calidad de atención perinatal en los servicios de salud, desde una mirada de la salud pública y el derecho de todas las mujeres y personas gestantes a acceder a la atención del embarazo, trabajo de parto, parto y posparto en el marco del respeto de los derechos humanos y de acuerdo con las necesidades y deseos de la mujer y persona gestante garantizando el parto respetado o humanizado.

Estas dos leyes de avanzada establecen, por un lado los derechos en el parto y por otro tipifica la violencia obstétrica como violencia de género; sin embargo “los índices y experiencias subjetivas siguen mostrando la preponderancia de nacimientos dados en un contexto de violación a Derechos humanos como a la salud, a la intimidad, al trato digno, entre otros” (Castrillo, 2020, p.198).

Existe cierta ambigüedad entre el reconocimiento estatal e internacional de la problemática y la evidencia científica disponible para alentar desmedicalizar y desintervenir los nacimientos, pero sin embargo la cesárea llega a números alarmantes que la transforman en epidemia[15].

En reiteradas ocasiones el parto se traduce en trauma, y persiste la idea socialmente construida y sostenida de que los partos los hacen los/las médicos/as y no la mujer y personas gestantes y el/la recién nacido/a como sujetos de derechos y protagonistas.

En concordancia con Castrillo (2020) entendemos a la violencia obstétrica “como una violación a los derchos sexuales y reproductivos de las mujeres inherentes a la estructura del campo médico”, por eso, “hablar de calidad de atención reduce el problema y supone soluciones técnicas y de recursos humanos, y, en cambio, hablar de vulneraciones a Derechos humanos requiere conceptos sociológicos, políticos y cambios de paradigma” (p. 203).

Identificamos que la violencia obstétrica, en el barrio La Lagunita y en el asentamiento irregular El Cañaveral, es un problema para grupos con mayor vulneración de derechos como: mujeres en situación de pobreza, mujeres en

[15] Según una investigación de la OMS, el uso de la cesárea sigue aumentando a nivel mundial representando más de 1 de cada 5 partos (21%); se prevé que esta cifra continúe incrementándose durante la próxima década y que casi un tercio (29%) de todos los partos se realicen por cesárea. En América Latina y el Caribe las tasas alcanzan el 43% (4 de cada 10) de todos los nacimientos y si esta tendencia continúa se prevé que para 2030 se registre una tasa de 54% en AL y el Caribe. https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access

situación de calle, mujeres con consumo problemático, personas gestantes del colectivo LGBTIQ+, pueblos originarios, mujeres con discapacidad y víctimas de violencia de género.

Podemos observar y plantearnos que la discriminación y la violencia que sufre esta población impacta negativamente en su salud y su calidad de vida; la desafiliación a las instituciones, por parte de las minorías vulneradas, se genera a través de procesos de exclusión y barreras de acceso al sistema sanitario que enfrentan los sectores populares, lo que implica una ruptura de la atención, vulnerando sus derechos y generando riesgos en su salud.

Nuestra percepción como estudiantes de trabajo social y trabajadoras nos permite comprender que el parto respetado, en el territorio del barrio La Lagunita y El Cañaveral, puede ser planteado como un derecho de tercera generación que busca proteger la integridad y la dignidad de las mujeres y sus familias en un contexto signado por violencias que se entrecruzan en busca de promover la equidad y la justicia en la atención a la salud por eso nos proponemos a lo largo de este trabajo fundamentar su garantía con una perspectiva comunitaria.

Nos preguntamos: ¿hay espacios institucionales e interbarriales en el barrio La Lagunita y El Cañaveral que aloje los atravesamientos de las mujeres y personas gestantes durante el embarazo y el posparto?

El parto respetado, según la OMS, es la humanización de la atención del nacimiento que tiene en cuenta explícitamente las opiniones, necesidades y emociones de las personas gestantes y sus familias. Implica considerar los derechos de la persona gestante y el/la bebé en el momento del nacimiento, promoviendo la toma de decisiones informadas y seguras, el respeto por la diversidad familiar y la mínima intervención médica posible, respetando la evolución fisiológica del trabajo de parto.

Acordamos que la violencia obstétrica es “[...] cualquier tipo de maltrato ejercido desde las instituciones y el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidades” (Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro [CLACAI], 2015) y se manifiesta de diferentes maneras: trato deshumanizado, abuso de medicación, trato despectivo infantilizado hacia las mujeres y personas gestantes, no respetar la libre elección de métodos anticonceptivos, no brindando información sobre las prácticas médicas jerarquizando este saber, las dificultades de la coordinación y articulación entre los distintos niveles de atención en la red de salud y las prácticas rutinarias sin consentimiento de las pacientes.

Consideramos que la violencia obstétrica es un problema de salud pública ya que el derecho a la salud, en relación al parto respetado, implica que toda persona reciba atención médica integral y digna, con información clara durante el embarazo, parto y posparto sobre las diferentes intervenciones médicas, efectos, riesgos y alternativas para que pueda tomar decisiones informadas, participando activamente en las decisiones como en la elección de acompañante. También el respeto a los tiempos biológicos y a la intimidad, la permanencia del recién nacido/a junto a su mamá; recibiendo un trato respetuoso, libre de violencia y discriminación. Se debe brindar información comprensible sobre el estado de salud de el/la bebé y los cuidados necesarios, promoviendo la lactancia. El/la recién nacido/a tiene derecho a ser identificado/a de forma inequívoca y recibir un trato respetuoso y digno.

Desde nuestro punto de vista, la violencia obstétrica también es un problema de salud por el impacto en la salud materna y neonatal, pudiendo causar traumas emocionales y psicológicos a las mujeres y personas gestantes, la desconfianza en

el sistema de salud y la inaccesibilidad a los servicios del sistema de salud adecuados.

La problemática de la violencia obstétrica tiene relación con los derechos sexuales y reproductivos, los derechos de las pacientes, los derechos del/a recién nacido/a, la lactancia materna, el derecho a la salud, a un trato digno, con los derechos humanos.

El derecho a la salud integral está intrínsecamente relacionado a otros derechos humanos como la alimentación, la vivienda, la educación y el trabajo, entendiendo desde un enfoque de derechos humanos la interdependencia de los derechos civiles, políticos y sociales y culturales, sin priorizar ni jerarquizarlos, con igual importancia y de aplicación integral.

Retomando a Carballeda (2016)

> El enfoque de derechos ha definido con mayor precisión no sólo aquello que el Estado no debe hacer a fin de evitar violaciones, sino también aquello que debe hacer en relación a intentar facilitar y construir una realización plena de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales (p. 2).

Desde la formación académica consideramos que la responsabilidad del Estado ante esta problemática está vinculada a garantizar el acceso gratuito, equitativo y universal a la salud y el acceso seguro a la información, métodos anticonceptivos, servicios de prevención, tratamiento de infecciones de transmisión sexual y atención relacionada con la interrupción del embarazo; diseñando e implementando políticas públicas, promoviendo los derechos sexuales y reproductivos desde una perspectiva de género y Derechos Humanos y formando profesionales de la salud para asegurar una atención de calidad y sin discriminación. Y siendo participativo con la comunidad.

Debe garantizar a su vez la implementación de la ley, normas y protocolos claros para la atención, promover la educación sobre derechos del parto respetado, supervisar la atención, investigar denuncias y garantizar el acceso universal a servicios de salud.

Feminismos, Diversidades y Derechos Sexuales y (No) Reproductivos.

Los Derechos Sexuales y Reproductivos son parte de los Derechos Humanos, son propios a todos las personas, sin discriminación alguna. Los derechos los ejercen las personas y es el Estado es quien tiene la obligación de garantizarlos y promoverlos a través de legislación y políticas públicas adecuadas.

Los Derechos Sexuales y (No) Reproductivos buscan garantizar la autonomía de las personas, que puedan tomar decisiones sobre su vida sexual y reproductiva con libertad, confianza y seguridad, de acuerdo a su vivencia interna (asociada al cuerpo, la mente, la espiritualidad, las emociones y la salud) y externa (asociada al contexto social, histórico, político y cultural).

De acuerdo con el Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSSyR), esta libertad se ejerce en una “interacción dialéctica entre la vivencia interna, asociada a dimensiones corporales, psíquicas y afectivas y el contexto externo, determinado por las estructuras sociales, históricas y políticas vigentes.”

En términos específicos, los Derechos Sexuales resguardan la facultad de los individuos para ejercer su sexualidad de forma saludable, sin coerción, violencia, abuso o discriminación. La sexualidad es comprendida como una dimensión humana compleja que abarca las identidades de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Según Lamas (1996), el género es una construcción social y cultural que organiza las nociones sobre lo masculino y lo

femenino a partir de la diferencia sexual, influyendo críticamente en todas las relaciones sociales y en la distribución de recursos y jerarquías.

Se establece por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales y se experimenta y expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas y relaciones.

Por su parte, los Derechos Reproductivos se orientan a asegurar la autonomía procreativa, es decir, la libertad de las personas para decidir sobre la procreación, si tener hijos/as o no, la cantidad y el espaciamiento entre ellos y el tipo de familia que se quiere formar; el acceso a información y planificación para hacerlo, a métodos anticonceptivos y a la interrupción voluntaria del embarazo de forma legal y segura; así como a los servicios adecuados sobre fertilización asistida y servicios de salud pre y post embarazo.

La Ley de Parto Humanizado establece derechos como: la posibilidad de estar acompañada durante todo el trabajo de parto, elegir la posición para parir y tener al/la bebé al lado después del parto, a menos que necesite cuidados especiales. En cuanto a la humanización busca que el proceso de nacimiento sea respetuoso de las necesidades emocionales, culturales, étnicas y religiosas de la familia y el recién nacido/a.

Según la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) y los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), estos derechos se articulan bajo los siguientes principios fundamentales:

- Derecho a la igualdad y protección legal: Garantía de una vida libre de discriminación basada en el sexo, la sexualidad o el género.

- Derecho a la participación: Prerrogativa de todos los sujetos a intervenir en la vida pública sin importar su identidad o género.
- Derecho a la integridad y seguridad: Resguardo de la libertad personal y la integridad corporal frente a prácticas médicas violentas o abusivas
- Derecho a la privacidad: Protección de las decisiones personales y la intimidad frente a injerencias arbitrarias. (Castrillo, 2020).

Como transmite Cazzaniga compartimos la preocupación de que la práctica encierre lo ético “a la consolidación de valores, fines e intencionalidades” de modo que opaquen “el carácter socio histórico y las tensiones que los mismos presentan a la hora de la intervención profesional” (Burwiel, P., Maldonado, M. y Terreno, B., 2024, p. 120). Nos preguntarnos qué intereses reproducen las instituciones y lo que no se pone en tensión desde sus prácticas cotidianas.

En Argentina a partir de 2005 se realizó la Campaña Nacional por Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito impulsada desde grupos feministas y de movimientos políticos y sociales de mujeres. Como contrapartida, algunos sectores tuvieron como respuesta la defensa de la vida del niño/a por nacer, a partir de la organización del movimiento que se identifica como garante de las dos vidas. Consideramos que hoy en día las disputas políticas en relación a este tema se vienen dando en el plano nacional con repercusión en lo local con procesos y circuitos en cuanto a la garantía de este derecho que no son del todo claros en la práctica médica con fuerte presencia de profesionales objetores de conciencia en las instituciones que no terminan de enmarcarse dentro de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo con discursos que encuentra, frente a la baja de la natalidad en nuestro país, una posibilidad para exacerbar los discursos de odio hacia las mujeres, disidencias y grupos feministas.



Movilización convocada por CAMeT - “Semana Mundial del Parto Respetado”, Mayo 2016, Peatonal Córdoba, Rosario.

Marco normativo internacional.

El primer antecedente de mayor relevancia para comenzar a delinear el marco normativo en el ámbito del Derecho internacional que da sustento a las posteriores luchas, debates y conquista en relación a los derechos de las mujeres es la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés Convention on Elimination of All Forms of Discrimination against Women). Es el tratado internacional de derechos humanos más importante y específico para las mujeres y niñas a nivel global.

Conocida como la “Carta Internacional de los Derechos de las Mujeres” fue creada y adoptada en 1979 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, como un instrumento jurídico de cumplimiento obligatorio para los Estados ratificantes. En el

plano nacional, es aprobada y ratificada por nuestro país por la Ley 23.179 en 1985 y desde 1994 con rango constitucional.

Es el tratado internacional fundamental para los derechos humanos de las mujeres y obliga a los Estados firmantes a eliminar la discriminación en todos los ámbitos (político, social, económico, cultual) entendida como cualquier distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que menoscabe el reconocimiento o ejercicio de derechos.

Exige la eliminación de prejuicios, estereotipos y prácticas tradicionales que perpetúan la desigualdad, incluyendo la educación y la vida familiar. Garantiza el derecho a votar, trabajar, recibir igual salario, acceso a la salud, planificación familiar, educación y derechos de las mujeres rurales; garantiza la igualdad de género mediante leyes y políticas supervisando el cumplimiento de la convención a través de informes de los países.

La Convención de Belém do Pará (Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia con la Mujer) conocida así el lugar donde se adoptó en 1994 establece por primera vez. En 1985 la OMS en Brasil emite La Declaración de Fortaleza sentando las bases para el parto humanizado al establecer que el nacimiento es un proceso natural y no una enfermedad; a su vez defiende el uso de tecnología apropiada, evitando la medicalización innecesaria y garantizando el respeto, la privacidad y la toma de decisiones de la madre.

Como puntos claves pueden mencionarse:

Humanización: Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y a desempeñar un papel central en su atención.

No Medicalización: Se debe priorizar el parto natural, limitando el uso de tecnología a situaciones donde sea estrictamente necesario.

Atención integral: Se enfatiza la importancia de los factores sociales, emocionales y psicológicos durante el proceso de parto.

Atención respetuosa: Garantizar la dignidad, confidencialidad y privacidad de la madre.

Recomendaciones clave: La declaración aboga por el apoyo continuo durante el trabajo de parto y la participación de la familia

El derecho humano al cuidado, reconocido recientemente como autónomo por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (2025) y promovido por la ONU Mujeres, establece que todas las personas tienen derecho a recibir cuidados de calidad, a cuidar y al autocuidado. Implica un cambio hacia la corresponsabilidad social y estatal, buscando reducir la sobrecarga de trabajo no remunerado que afecta mayoritariamente a las mujeres.

Argentina.

La trayectoria de las políticas públicas de salud sexual y reproductiva en Argentina se encuentra intrínsecamente ligada a la recuperación democrática, un proceso que se inició en 1986 con la derogación de los decretos restrictivos heredados de los gobiernos de Isabel Perón y la última dictadura militar, impulsado por los movimiento de mujeres.

Un hito en esta transición fue la creación del Programa (piloto) de Procreación Responsable de la Ciudad de Buenos Aires en 1988, como un programa médico de planificación familiar con el objetivo de brindar información y provisión gratuita de anticonceptivos, marcando un pasaje hacia una progresiva visibilización de estos derechos como Derechos Humanos fundamentales.

Esta transición institucional, orientada por el principio de la autodeterminación de las personas, no tuvo un recorrido lineal. Como señalan Petracci y Ramos (2006), la

incorporación de la salud sexual y reproductiva en la agenda política de los distintos niveles del estado atravesó períodos de quietud y de activa movilización social.

Por medio del Decreto 2.274 del poder ejecutivo nacional se eliminan las restricciones al acceso a la información derogando el Decreto 659 de 1974 que disponía el control de la comercialización y venta de productos anticonceptivos, mediante la presentación de recetas y la prohibición de desarrollar actividades relacionadas, directa e indirectamente, con el control de la natalidad.

"Lo que volvió efectiva la prohibición fue el cierre de al menos 60 consultorios de planificación familiar que (…) se suspendió la administración de anticonceptivos e información sobre ellos (...) la medida obstaculiza la difusión de información sobre el control de la natalidad y el acceso a métodos anticonceptivos a los grupos sociales más desfavorecidos (...)" (Felitti, 2004-2005, p. 7-8).

El Decreto 2.274/1986 reconoce por primera vez en el plano jurídico el derecho a decidir acerca de la reproducción familiar y establece que el "derecho a decidir acerca de su reproducción pueda ser ejercitado por la población con creciente libertad y responsabilidad" (Decreto 2274/1986, Poder Ejecutivo, Nacional, 1986).

Un punto de inflexión decisivo fue la sanción de la Ley Nacional 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable en 2002. Su posterior reglamentación en 2003 inició un proceso de democratización en el acceso a métodos anticonceptivos dentro del sistema de Atención Primaria de la Salud (APS) buscando promover la equidad. Se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, con el objetivo de garantizar el acceso a información, métodos anticonceptivos y atención en salud sexual y reproductiva; y busca asegurar que todas las personas puedan tomar decisiones libres e informadas sobre su sexualidad y reproducción.

No obstante, la fragmentación del sistema sanitario aún presenta desafíos para una implementación homogénea en todo el territorio nacional sumado a los recortes presupuestarios y de partidas y la puesta en discusión de debates aparentemente saldados y derechos conquistados y adquiridos.

Los debates iniciados en los años 70 en torno a los derechos reproductivos se complejizan ya que las demandas no sólo se apoyan en la reproducción, sino fundamentalmente en la no reproducción, reivindicando el derecho a la maternidad elegida y al aborto legal; así como trascender lo reproductivo para incluir los Derechos Sexuales, visibilizando el ejercicio de sexualidades no heterosexuales y el placer sin coerción ni violencia.

El Decreto 3938 de 1977, emitido durante la dictadura cívico-militar aprobó políticas poblacionales que prohibía y perseguían las actividades de control de la natalidad y la planificación familiar, reforzando la restricción de anticonceptivos en servicios públicos bajo una ideología de “defensa de la familia y la moral occidental” derogada recién en 1992 mediante el Decreto 1033 marcando el inicio de un cambio hacia políticas de salud reproductiva.

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud, reconoce que el Derecho a la Salud comprende la Salud Sexual y que ésta incluye la posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción, así como prevenir embarazos no planificados. También “el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable”, entre otros (art. 2). Asimismo, garantiza el acceso gratuito a métodos anticonceptivos en hospitales, Centros de Salud, obras sociales y prepagas.

Actualmente consideramos que la población etaria que no se acerca los centros de salud y son los y las jóvenes, que tuvieron de niños y niñas sus controles de salud acompañados de sus madres pero que en la adolescencia, quizás por la carencia de propuestas que los convoquen desde estas instituciones deberían recibir información en espacios seguros que propicien el diálogo para saldar sus dudas e interrogantes, no solo desde el cuidado de la salud sino también desde el goce

Para que estos derechos se garanticen, es necesario que hospitales y centros de salud garanticen a las y los adolescentes: recibir información en un lenguaje sencillo y claro; ser escuchadas/os en un ambiente de confianza, respeto y apoyo; acceder a la atención en lugares apropiados y cómodos que permitan la privacidad; tomar decisiones sobre sus vidas. Las personas adultas tienen la obligación de respetarlas, pero también la responsabilidad de asegurarles las condiciones para que puedan decidir y acompañarlos/as en sus decisiones, aunque no estén de acuerdo.

También debe garantizarse que puedan decidir con información y en forma autónoma qué método anticonceptivo usar, el acceso gratis a métodos anticonceptivos, recibir atención segura del embarazo y el parto y atención de calidad y con buen trato después de un aborto y acceder a la prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

Ir a la consulta médica sin la compañía de un adulto., a partir de los 13 años de edad las y los adolescentes pueden acceder solas/os a la consulta médica y elegir el método anticonceptivo que mejor se adapte a sus necesidades y creencias. A partir de los dieciséis años la/el adolescente es considerado como una/un adulta/o para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo.

Todos los instrumentos de Derechos Humanos ratificados por el Estado argentino forman parte del marco legal que garantiza los derechos sexuales y reproductivos.

El Plan 1000 días es un programa nacional creado por la Ley 27.611 de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia. Asiste a las personas gestantes durante el embarazo, el nacimiento y los primeros tres años de vida de niños y niñas, destinado especialmente a quienes no cuentan con los recursos necesarios o atraviesan situaciones de vulneración de derechos.Sus objetivos son disminuir la mortalidad, malnutrición y desnutrición, proteger y estimular los vínculos tempranos, el desarrollo físico, emocional y la salud de manera integral,prevenir la violencia y reconocer la gestación, el nacimiento y la crianza como una responsabilidad pública, comprometiendo a distintas áreas y niveles de gobierno. El abordaje integral del desarrollo infantil se lleva a cabo mediante dispositivos territoriales intersectoriales e interdisciplinarios a cargo de la Dirección General de Infancias y Familias de la Secretaría de Desarrollo Humano y Hábitat, y de la Dirección de Centros de Salud de la Secretaría de Salud Pública.

Santa Fe.

En la provincia de Santa Fe La Ley 11.888, sancionada en 2001, crea el Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud provincial con el objetivo de reducir la morbimortalidad materna e infanto-juvenil, prevenir enfermedades de transmisión sexual y garantizar el acceso a métodos anticonceptivos. Esta ley fue reglamentada el año siguiente a través del Decreto 2.442/2002.

En 2004 se sanciona en la Ley 12.323 garantiza el acceso y regula la práctica de la anticoncepción quirúrgica "no terapéutica" (ligadura de trompas y vasectomía),

garantizando el derecho a la salud reproductiva, el consentimiento informado y la consejería en procreación responsable, fue reglamentada por el Decreto 987/2005.

Ley 12.978, que aplica en los efectores públicos de salud de la provincia de Santa Fe la Guía para el Mejoramiento de la Atención Posaborto, aprobada por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación en el año 2005. Esta ley sancionada en 2009, algunos años después de la publicación de la guía nacional, establece la adhesión de la provincia a este documento.

La Ley Provincial 13.634, reglamentada en 2019, aprueba la adhesión a la Ley Nacional 25.929 de Parto Humanizado; estableciendo los derechos de las personas gestantes y sus hijos/as durante el proceso de parto, promoviendo un trato digno, respetuoso y sin intervenciones innecesarias. El Ministerio de Salud provincial, a través de la Dirección Provincial por la Salud de la Niñez, Adolescencia, y Sexual y Reproductiva, asegura su cumplimiento y de aplicación a todo el sistema de salud de la provincia de Santa Fe.

La provincia de Santa Fe estuvo varios años adelantada a las leyes nacionales con las leyes provinciales, la creación del Programa de Salud Sexual y el acceso a la anticoncepción quirúrgica y a su vez tuve resistencia de los sectores conservadores relacionados a la iglesia católica que se vió evidenciado en la inclusión de representantes de la iglesia en las consejerías del Consejo Asesor del Programa Provincial de Salud Sexual y Procreación Responsable y que, debido a la reacción social, el poder ejecutivo da marcha atrás. Esto muestra la tensión en relación a la participación de distintos actores políticos al querer influir en la construcción de los derechos a la salud sexual y reproductiva en la provincia.

Actualmente en la provincia de Santa Fe existen tensiones y disputas en relación a las políticas públicas referidas a la salud sexual y reproductiva y la relación de sectores religiosos y la gestión gobierno.

Rosario.

Nuestra ciudad es una de las primeras en el país en institucionalizar, a través de la política pública municipal, los derechos sexuales y reproductivos. Desde fines de los ´80 y principios de los ´90 la gestión de gobierno de la ciudad en esos años priorizó la salud pública en su agenda.

En el año 1988 se crea en Rosario, a través de la Ordenanza Municipal 4.367, la Dirección General de la Mujer, Minoridad y Familia, dependiente de la Secretaría de Promoción Social mediante la cual se acompañó a las mujeres, asesorándolas en materia de derechos, procurando su autonomía a través de la participación y promoviendo campañas de concientización.

Entre sus objetivos estaban la capacitación de las mujeres para el campo laboral, impulsar estudios e investigaciones sobre mujeres y familia, promover campañas de prevención y atención en enfermedades específicas, la lucha contra la violencia sexual y conectarse con organizaciones del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación; siendo así el primer organismo municipal con rango de dirección dedicado a la mujer poniendo en agenda la salud de la mujer y la violencia sexual.

En este contexto comienzan a desarrollarse las consejerías en salud sexual y reproductiva como iniciativas de equipos en el Hospital Roque Sáenz Peña y algunos Centros de Salud sin un marco normativo aún, sino por impulso del trabajo de los profesionales que veían la demanda, conformándose así como espacios para garantizar autonomía e información.

En el año 1995 se lleva a cabo la descentralización en Rosario dividiendo la ciudad en 6 distritos (Centro, Norte, Noroeste, Oeste y Sudoeste y Sur) cada uno con un Centro Municipal de Distrito y Centros de Salud bajo su órbita. Es así que se descentraliza y jerarquiza la Atención Primaria de Salud como política pública (articulación en la red de salud pública en los tres niveles de atención) e implementa la participación social.

En 1996[16] a través de la Ordenanza Municipal 6.244, se crea el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable dentro de la Secretaría de Salud Pública, siendo el primer marco normativo municipal sobre el tema en Rosario, la primera legislación referente a derechos sexuales y reproductivos, pionera a nivel nacional. Su objetivo era poner a disposición de la comunidad: información y orientación sobre salud sexual y reproductiva; métodos y prestaciones de servicios sobre anticoncepción y garantizar el derecho a decidir libre y responsablemente sobre pautas reproductivas. Este programa hablaba de sexualidad positiva, autonomía y coerción diferenciándose de la mayoría de las políticas que eran sólo de control de natalidad, de allí su importancia y referencia.

En el 2001, por medio del Decreto 1.600, se reglamenta dicha ordenanza organizando el Programa dentro de la Secretaría de Salud Pública, asignando recursos y equipos, delineando su implementación en los centros de salud de los distritos, también amplía los derechos de anticoncepción y suma el de emergencia a través de la pastilla del día después.

En el año 2003 se reglamenta a nivel nacional la Ley 25.673 estableciendo la creación de espacios de asesoramiento y consejerías en todo el país detallando

[16] Ese mismo año también, pero meses antes, a través de la Ordenanza municipal N° 6.238 se crea el servicio de atención a la Violencia familiar/Maltrato Familiar, que crea el dispositivo del Teléfono verde dentro de la Secretaría de Promoción Social.

obligaciones de información, confidencialidad y atención para menores; Rosario comienza a implementar el Programa Nacional a través del Programa de salud sexual y procreación responsable. En el año 2006 con la Ordenanza 8.027 se modifica la Ordenanza 6.244 y se actualiza el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable en Rosario formalizando y ampliando el programa local adaptándolo con el fin de alinearse a la ley nacional.

Se establece como objetivo que la población alcance el nivel más alto de salud sexual y procreación responsable, con el fin de que puedan adoptar decisiones libres de discriminación, coacción o violencia, brindando información acerca del derecho a gozar de una vida sexual satisfactoria y segura. Se amplía el enfoque hacia una concepción más integral de la sexualidad en relación al placer, la autonomía, la no discriminación y la no violencia reforzando el enfoque de género y derechos humanos.

A partir de 2010 comienza un proceso donde la ciudad enfila las políticas al marco nacional de ampliación de derechos adecuando ordenanzas, protocolos y prácticas formalizando el dispositivo de consejerías y adhiriendo a leyes claves como fueron la Ley de Matrimonio Igualitario (2010) y la Ley Identidad de Género (2012).

En 2012 la Ordenanza 8.976 Rosario adhiere a la Ley Nacional 25.929 de Parto Humanizado, la adopta e implementa incorporándose al ámbito de la ciudad obligando a los efectores de salud municipal a aplicar el protocolo de parto respetado y garantizar el acompañamiento, información y consentimiento informado. Los puntos claves son la promoción del parto natural fomentándolo, respetando los tiempos biológicos y evitando intervenciones innecesarias. Asegurar la información y participación a través de la normativa, que la mujer embarazada reciba información

completa sobre las diferentes opciones y pueda participar activamente en la toma de decisiones durante el proceso de parto.

En el año 2014 con la Ordenanza 9.310 se crean formalmente las Consejerías Integrales en Salud Sexual y Reproductiva, cuyo dispositivo puede brindarse en los centros municipales de distrito, centros de salud municipal, Hospitales municipales, Instituciones educativas, organizaciones sociales e instituciones de la sociedad civil. Las consejerías estuvieron conformadas por equipos interdisciplinarios de psicología, psicología social, trabajo social, sociología, antropología, derecho y educación. De esta manera se pasa de una práctica aislada a una política pública con presupuesto, equipo interdisciplinario y protocolo, un momento de consolidación del dispositivo en Rosario (Aused, 2023).

Ordenanza municipal 8.333 que establece la Semana del Parto Respetado en la ciudad de Rosario. Sancionada por el Concejo Municipal de Rosario el 7 de mayo de 2008, establece con carácter permanente la **"Semana del Parto Respetado"** en la ciudad, en consonancia con la celebración mundial que tiene lugar cada mayo por iniciativa de la Asociación Francesa por un Parto Respetado (AFAR). El Departamento Ejecutivo, a través del Área de la Mujer de la Secretaría de Promoción Social y en coordinación con la Secretaría de Salud, tiene a su cargo organizar actividades en todos los Centros Municipales de Distrito durante dicha semana. Entre los objetivos fijados se encuentran: difundir el marco legal de protección a las personas gestantes, promover su protagonismo durante el embarazo y el parto, impulsar el debate público sobre el derecho a un parto seguro y digno, y concientizar sobre el rol del padre y el entorno familiar en el proceso perinatal.La ordenanza se sustenta en la declaración de la OMS "El nacimiento no es una enfermedad" y en la preocupación por el incremento innecesario de cesáreas

sin mejora real en los resultados obstétricos. Su marco jurídico comprende la Ley Nacional 25.929 de Derechos durante el Nacimiento, la Ley Provincial 12.443 de Acompañamiento en el Parto y normativa municipal preexistente. Posicionó a Rosario como ciudad pionera en parto respetado y sirvió de base para políticas posteriores, como la atención de violencia obstétrica mediante el Teléfono Verde y el fortalecimiento de prácticas humanizadas en las maternidades públicas municipales.

En 2015 se crea el Programa de Formación y Concientización sobre el Parto y Nacimiento Respetado para promover acciones que fortalezcan “las capacidades del personal médico-sanitario en la atención al embarazo, pre-parto, parto y post-parto y tutelar los derechos de madres, padres e hijos/as en el proceso de nacimiento” (Ord. 9403/2015).

En 2020 mediante la Ordenanza 10.076 se incorpora el Art. 9 bis a la Ordenanza 6.238 (1996) y se dispone incorporar a la página web oficial de la Municipalidad de Rosario que “en el dispositivo del Teléfono Verde se abordarán situaciones de violencia obstétrica”; en 2022 se modifica este artículo “con la posibilidad de realizar denuncias administrativas en el caso de violencia se hay producido en el ámbito de la salud pública municipal” por iniciativa del Colectivo Autoconvocado MujerEs en Tribu con el fin la no revictimización o generar falsas expectativas en las/os denunciantes de manera que se propiciará información clara y precisa (Ord. 10.076/2020).

El programa "Primeros 1000 días" en Rosario, integrado en la Ley Nacional 27.611, brinda acompañamiento integral a personas gestantes y niños hasta los 3 años. Fomenta el cuidado de la salud, nutrición y desarrollo infantil, incluyendo seguimiento personalizado y apoyo económico, con un enfoque comunitario y preventivo.

El Plan Mil +65 en Rosario, anunciado en marzo de 2026, es una política pública municipal que acompaña integralmente la gestación, los primeros 4 años de vida y a personas mayores de 65 años. Fomenta el cuidado y seguimiento personalizado, priorizando la nutrición, salud, educación y el envejecimiento activo. El Plan Cuidar marco en el que se inscribe el Mil+65 se plantea desde una perspectiva de derechos, con un enfoque de igualdad de género y corresponsabilidad entre el Estado, las familias y la comunidad, procurando el bienestar de las personas en distintos niveles de dependencia, desde la niñez hasta la adultez mayor.

La experiencia del Hospital Roque Saénz Peña.

El Hospital Roque Sáenz Peña constituye uno de los referentes del sistema público de salud de la ciudad de Rosario en materia de parto respetado. En el año 2017 se llevó a cabo la renovación del Área de Atención Integral de la Mujer de su maternidad, con el propósito de ampliar y modernizar el espacio para adecuarlo a las necesidades y deseos de las mujeres y personas gestantes al momento de parir. Dicha reforma se enmarca en la estrategia de maternidad segura y centrada en la familia, integrándose además a los demás servicios del hospital como son la consejería ambulatoria de ginecología, las cirugías y la provisión de métodos anticonceptivos de larga duración y quirúrgicos. La transformación más significativa de esta renovación fue la incorporación de las salas de Trabajo de Parto y Recuperación, cuya principal característica es que en ellas transcurre todo el proceso del parto, evitando el traslado de la mujer entre diferentes servicios, lo que contribuye a disminuir el estrés y preservar la intimidad y la privacidad. La nueva estructura edilicia materializa el reconocimiento del protagonismo de la mujer en el proceso de nacimiento. En relación con las herramientas disponibles en estas salas, la información institucional describe que las salas ofrecen diferentes alternativas

para que la mujer elija de qué forma transcurrir el trabajo de parto. Para disminuir el dolor previo al parto, y favorecerlo, puede utilizar baños de inmersión en bañera, pelotas de esferodinamia, una tela para uso tipo hamaca, barras laterales, entre otras técnicas de relajación. Hay también barras fijadas a las paredes para que la madre pueda pujar en cuclillas si así lo desea, entre otras comodidades. (santafe.gob.ar/noticias, 2017) La reorganización del espacio permitió garantizar la circulación del personal en áreas de mayor esterilidad, reduciendo los riesgos de contaminación. Se realizaron transformaciones en el área de quirófanos, con nuevos equipamientos y normas de bioseguridad actualizadas. La sala de neonatología fue renovada con el objetivo de permitir la permanencia de las mujeres junto a sus bebés más allá del tiempo destinado a la lactancia, fortaleciendo así el vínculo temprano y la experiencia del puerperio. Desde el año 2012, el hospital cuenta con la posibilidad de ofrecer a las mujeres el uso de un banquito de madera que les permite transitar el trabajo de parto o parir en posición vertical, como una opción disponible que ha tenido muy buena aceptación. Si bien esta medida puede parecer pequeña en comparación con otras transformaciones institucionales, su importancia radica en que se produce dentro de un entorno institucional de alta rigidez, que históricamente ha resistido los cuestionamientos a sus prácticas y conocimientos.En el marco de una serie de charlas realizadas durante la Semana del Parto Respetado, el doctor Gustavo Baccifava, jefe de Obstetricia de la maternidad del Hospital Roque Sáenz Peña, problematizó el alto nivel de intervención médica que caracteriza a los nacimientos en buena parte del mundo, y de manera particularmente acentuada en América Latina y Argentina. El argumento más frecuente para justificar estas intervenciones apela a la seguridad del parto, sin embargo, Baccifava señala que rara vez se interroga qué dice la evidencia científica

al respecto. Uno de los problemas centrales que identifica es la estandarización de los embarazos, la tendencia a tratar todos los procesos de gestación y parto de manera homogénea, aplicando prácticas interventivas de forma rutinaria, con independencia de las condiciones particulares de cada mujer y cada nacimiento. Esta lógica, que convierte en norma lo que debería ser excepción, es precisamente la que el enfoque del parto respetado viene a cuestionar.

En el caso concreto de la episiotomía, incisión quirúrgica practicada en el periné durante el parto, las estadísticas del Hospital Roque Sáenz Peña registran una reducción notable gracias a la concientización y el trabajo del personal de salud. Esta reducción se tradujo en un aumento de los desgarros de segundo grado, considerados leves,sin que se registrara un incremento en los desgarros de tercer y cuarto grado, que son los de mayor gravedad. La evidencia científica confirma que la episiotomía no debe ser una práctica rutinaria, sino una intervención reservada para casos seleccionados. Los factores que con frecuencia la vuelven necesaria son la posición de la mujer, la ansiedad, el temor , aspectos conductuales susceptibles de ser modificados con un acompañamiento adecuado.Respecto al uso de oxitocina sintética, Baccifava señaló que, si bien los valores continúan siendo elevados, se ha logrado reducir su utilización a la mitad en los últimos años. En cuanto a la anestesia epidural, el profesional advirtió sobre sus riesgos, al bloquear todos los nervios, puede provocar una caída brusca de la presión arterial de la mujer y reducir el flujo sanguíneo hacia el bebé, comprometiendo su oxigenación. La pérdida de sensación que produce la epidural, cuando se aplica de manera masiva e indiscriminada, puede derivar en la necesidad de utilizar fórceps, ventosas o cesárea, y la mujer anestesiada ve limitada su capacidad de participar activamente en el parto.

El panorama que ofrece el sistema de salud de Rosario en torno al nacimiento permite situar la experiencia del Hospital Roque Sáenz Peña en un contexto más amplio. De los aproximadamente 15.000 nacimientos anuales contabilizados en la ciudad, la Maternidad Martín registra un promedio de 4.750 partos por año, mientras que la maternidad del Roque Sáenz Peña registra alrededor de 1.800. En ambas instituciones públicas, el porcentaje de cesáreas se sitúa en torno al 25%, una cifra que contrasta significativamente con los sanatorios privados, donde la tasa de cesáreas oscila entre el 50% y el 70%. Esta diferencia pone en evidencia cómo el sector privado tiende a reproducir en mayor medida la lógica intervencionista que el enfoque del parto respetado busca revertir.Otro dato destacable es que más del 90% de los partos en la maternidad del Roque Sáenz Peña cuentan con la presencia de un acompañante, lo cual constituye un indicador relevante del grado de implementación efectiva de la Ley 25.929 en la institución y de la centralidad que se le otorga al entorno afectivo de la mujer durante el proceso de nacimiento.Los cambios producidos en las maternidades públicas de Rosario en la Maternidad Martín como en el Hospital Roque Sáenz Peña, son alentadores y expresan el compromiso de equipos profesionales que, desde la interdisciplina y la multidisciplina, trabajan por mejorar la atención y promover los derechos de las mujeres en relación con sus partos y cesáreas. La promulgación de legislación específica a nivel nacional y provincial, las Leyes 25.929 y 26.485,consolida una base jurídica sólida que orienta e impulsa estas transformaciones, garantizando marcos de protección para los grupos más vulnerables. Identificamos que aún persiste una brecha importante, la situación de las mujeres que llegan a las instituciones de salud con signos de violencia. Las transformaciones edilicias, la reducción de prácticas intervencionistas y el fortalecimiento del acompañamiento en

el parto son avances sustantivos, pero no alcanzan por sí solos para dar respuesta a la complejidad que implica la atención de mujeres embarazadas que atraviesan situaciones de violencia.

Leyes y Programas Clave.

En cuanto a las normativas nacionales, consideramos pertinente e importante mencionar y destacar las siguientes leyes que se relacionan con el Embarazo, Parto y Nacimiento y los Derechos Sexuales y (No) Reproductivos.

Ley N° 23.592: Actos discriminatorios. Sanciona cualquier acto que impida o limite el ejercicio igualitario de derechos y garantías constitucionales por motivos discriminatorios.

Ley Nº 23.798: Nacional de Lucha contra el Sida (1990). Declara de interés nacional la lucha contra el VIH/SIDA y establece marcos para su prevención, atención y protección de derechos.

Ley N° 25.273: Régimen Especial de Inasistencias Justificadas para alumnas embarazadas (2000). Garantiza la continuidad educativa de alumnas, embarazadas y en período de lactancia.

Ley Nº 25.543: Ofrecimiento de testeo para VIH a embarazadas. Obligar el ofrecimiento de testeo de VIH en el control prenatal, con consentimiento informado y resolución N° 55 E/2017(2001)

Ley N° 25.584: Ciclo escolar a alumnas embarazadas (2002) - **Ley N° 25.808:** (2003)- Estudiantes embarazadas y progenitores- modifica el Art. 1 ampliando no solo a estudiantes embarazadas sino también en periodo de lactancia y estudiantes en carácter de progenitores. Prohíbe a los establecimientos de educación pública toda acción institucional que impida el inicio o continuidad del ciclo escolar a

alumnas embarazadas. Reconoce el derecho a la información y atención en salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Ley N° 25.673: (2002) crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable dentro del Ministerio de Salud, garantiza el derecho a la salud secual y reproductiva, el acceso gratuito a métodos anticonceptivos, información y atención médica asegurando la libre elección y perspectiva de género. [Boletín Oficial] (enfocándose en la prevención del embarazo no deseado y el acceso a métodos anticonceptivos.)

Ley N° 25.929: (2004) (reglamentada en 2015) Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento, de Parto Humanizado (o Parto Respetado). Garantiza los derechos de las personas gestantes y recién nacidos durante el embarazo, trabajo de parto, parto y posparto. Promueve un trato digno, la libre elección de acompañante, el respeto por los tiempos biológicos, la intimidad, no discriminación y la autonomía en las decisiones médicas incluyendo información clara y oportuna sobre los procedimientos médicos riesgos y alternativas para decidir libremente.

Ley N° 26.061: (2005) Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, reconociéndolos como sujetos de derechos, garantizando su participación, voz propia y protección integral con corresponsabilidad de las familias, la sociedad y el Estado. En materia de salud sexual, asegura su integridad física y psíquica, autonomía progresiva, derecho a la intimidad, confidencialidad y acceso gratuito a métodos anticonceptivos y atención médica.

Ley N° 26.130: (2006) establece el Régimen para las Intervenciones de Contracepción Quirúrgica, garantizando a toda persona mayor de edad el derecho a acceder de forma gratuita y autónoma la ligadura tubaria (trompas de Falopio) o

vasectomía en el sistema de salud sin requerir autorización de terceros, cónyuges o justificaciones adicionales. (Argentina.gob.ar)

Ley N° 26.150: (2006) Crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ESI), garantizando el derecho de estudiantes de todos los niveles, públicos o privados, desde inicial a superior, a recibir educación integral en sexualidad (biológica, psicológica, social, ética y afectiva). Recibir información integral sobre salud sexual, afectividad, diversidad, cuidado, del cuerpo y equidad de género.

Ley 26.485: (2009) de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrillen sus relaciones interpersoanles. Define y regula los tipos y modalidades de violencia como una vulneración de derechos, incluyendo la violencia reproductiva y la violencia obstétrica.

Ley 26.529: de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado (2009). Regula los derechos del paciente en su relación con profesionales e instituciones de salud.

Ley 26.618: Matrimonio Igualitario (2010). Modifica el Código Civil para permitir el matrimonio entre personas del mismo o distinto sexo, con los mismos requisitos y efectos legales.

Ley 26.743: (2012) de Identidad de Género, reconoce el derecho fundamental de toda persona a ser reconocida según su identidad de género autopercibida, permitiendo cambiar nombre, imagen y sexo en el Documento Nacional de Identidad (DNI) sin necesidad de autorizaciones judiciales, diagnósticos médicos ni cirugías y garantizando el acceso a tratamientos de salud, clave para la salud no reproductiva e integral.

Ley 26.862: de Reproducción Médicamente Asistida (Fertilización Asistida) (2013). El objetivo es garantizar el acceso integral y gratuito a los procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistida.

Ley 26.873: de Promoción y Concientización Pública de la Lactancia Materna (2013). Promover, proteger y apoyar la lactancia materna, regulando la comercialización de sucedáneos para que las familias decidan sin presión comercial.

Ley 26.994: Código Civil y Comercial de la Nación (2014). Deroga el Código Civil de 1871, incorpora la Constitución y los tratados internacionales con jerarquía constitucional. Pone en el centro la autonomía, la dignidad y la no discrimincación.

Ley 27.610: Regula el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y a la atención postaborto, garantizando el aborto seguro, legal y gratuito en todo el país para mujeres y personas gestantes. Establece el derecho a decidir y acceder a la interrupción del embarazo hasta la semana catorce (14), inclusive, del proceso gestacional.

Ley 27.611: Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia (2021) conocida como Ley 1000 días. Protege, fortalece y acompaña el cuidado integral de la vida y la salud de las personas gestantes y las niñas y niños en sus primeros 3 años. Incluye el acceso a la salud integral y prevención de violencia obstétrica.

Plan ENIA (Plan de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia) - (2017- 2023) desmantelado en 2024, promover el acceso a los derechos vinculados a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, así como también la prevención de los embarazos forzados. Basado en educación sexual, asesorías escolares y anticonceptivos de larga duración.

Cuidados, género, Derechos humanos y territorio

Cuando el parto no es respetado, estamos ante procesos de violencia obstétrica, entendida, a su vez, como violencia de género. En Argentina la violencia obstétrica es un problema de violencia de género que se manifiesta en prácticas, conductas, acciones y omisiones que el personal de salud ejerce de forma directa o indirecta, en el ámbito público o privado sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de la mujer, durante el embarazo, parto y posparto y se rige por la Ley 26.485, expresado en un trato deshumanizado, humillante y denigrante, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, inclumpliendo la Ley 25.929 que promueve y establece los derechos de la madre y su bebé durante el proceso de nacimiento.

No se trata de una configuración identitaria individual de las personas relacionadas con su modo de vivir la femineidad o la masculinidad, sino que influye de forma crítica en todas las relaciones sociales como la división sexual del trabajo, distribución de recursos y establecimientos de jerarquías. Esta comprensión de la violencia obstétrica como violencia de género no puede analizarse de manera aislada. Para entender su alcance, es necesario situarla dentro de una trama estructural más amplia. Tal como señala Levin (2013) “El género no constituye una categoría aislada ni una perspectiva suplementaria de otras para analizar los procesos políticos, sociales, económicos, culturales y simbólicos” (p. 40).

El análisis de este fenómeno requiere también incorporar una dimensión espacial y territorial, en tanto la violencia obstétrica ocurre en instituciones concretas que se inscriben en territorios específicos. Para abordar esta dimensión, recuperamos la perspectiva de Madoery (2022), quien entiende el espacio “entendido como una noción relacional, de enlace, que refiere a mediaciones entre sociedad y naturaleza,

una dimensión condicionada y condicionante de lo social; [...] el espacio está empapado de poder". Esto nos permite comprender la noción de *territorio* como un "ámbito dinámico, relacional, condicionante y condicionado por las relaciones sociales" (p.14). La comprensión del espacio como dimensión relacional nos conduce a pensar el territorio donde se despliegan estas prácticas no como un escenario neutro, sino como un ámbito atravesado por relaciones de poder. En este sentido, concebir al espacio "como una realidad relacional, como socio-especialidades donde convergen, se enlazan y se traducen de manera particular, componentes materiales, institucionales, culturales, sociales y subjetivos" (p. 26). Este enfoque situado resulta especialmente relevante para el trabajo social, en tanto nos compromete con las particularidades del lugar y de quienes lo habitan. Como plantea Madoery, pensar desde lo "situado, la sociedad en su espacio-tiempo específico, un compromiso con el lugar y con quienes se convive en ese lugar" (p. 27).

Frente a la complejidad de la violencia obstétrica como problemática que atraviesa el sistema de salud, el campo jurídico y los procesos de vida cotidiana de las mujeres, su abordaje requiere de estrategias que superen la fragmentación sectorial. Es en este punto donde la intersectorialidad emerge como herramienta fundamental para la intervención del trabajo social. La entendemos como la relación recíproca entre varios sectores de mutua interacción, como la articulación entre sectores sociales diversos y específicos, como estrategia política de articulación y como lógica de gestión que trascienda un único sector de la política social. "[...] instrumento de optimización de saberes; competencias y relaciones sinergias, a favor de un objetivo común; y práctica social compartida que requiere investigación,

planificación y evaluación para la realización de acciones conjuntas" (Pereira, 2011, en Kleba Lisboa, T. y Lobato, S., 2013, p. 412).

Observaciones y Registro en espacios de trabajo

En nuestras prácticas, como estudiantes de trabajo social, tanto en el Centro de Salud como en el Centro Cuidar, nos valemos de herramientas como la observación y el cuaderno de campo como métodos de registro y recolección de datos, relatos, información y acontecimientos que surgen de la interacción e intervención con la población y son el insumo para esbozar el análisis, caracterización y problematización del territorio y sus actores.

El registro, que puede ser mediante el uso del cuaderno de campo, notas, fotografías o videos, mapas o croquis del entorno, sistematiza la información descriptiva y contextual que nos permite acercarnos a comprender experiencias, percepciones, emociones y comportamientos de las personas con quienes interactuamos en su entorno cotidiano. Todos estos son datos cualitativos que, según De Souza Minayo (2004) son con los que se trabaja en el marco de una investigación cualitativa :

> el universo de los significados, de los motivos, de las aspiraciones, de las creencias, de los valores y de las actitudes.como parte de la realidad social, pues el ser humano se distingue no solo por actuar, sino también por pensar sobre lo que hace y por interpretar sus acciones dentro y a partir de la realidad vivida y compartida con sus semejantes (p. 45).

De Souza Minayo (2004) entiende que la observación (participante) puede ser considerada parte esencial del trabajo de campo (en la investigación cualitativa)

como un método que permite la comprensión de la realidad; como un proceso por el cual un investigador se coloca en el lugar de observador de una situación social,

> el observador queda en relación directa con sus interlocutores en el espacio social de la investigación, y en la medida de lo posible participando de su vida social, en su escenario cultural, pero con la finalidad de recolectar datos y comprender el contexto de la investigación (...) el observador forma parte del contexto bajo su observación y, sin duda, modifica ese contexto, pues interfiere en él, así como él es modificado personalmente (p. 45).

La autora va a decir que la observación participante ayuda a vincular los hechos con sus representaciones y a desenmascarar “las contradicciones entre las normas y reglas y las prácticas vividas cotidianamente por el grupo o la institución observados" (2013, p. 46); y que el diario de campo es un cuaderno, una libreta o un archivo electrónico; el principal instrumento de trabajo en el que volcamos toda la información.

La observación nos permite ser parte y a la vez espectadores de lo que sucede y de cómo se van dando las relaciones personales e institucionales y generar lecturas que nos aproximen a realizar nuestros primeros análisis.

En cuanto al registro escrito, Zamarreño (2025) expresa que “es parte del ejercicio profesional del Trabajo Social siendo un instrumento que permite encontrarnos con las vidas que transcurren en el ámbito de lo microsocial y, principalmente, en los márgenes (sociales, económicos, urbanos, tecnológicos)” (p. 2).

En consonancia con el autor (2025) entendemos que este tipo de registro, dentro de la dimensión técnico-instrumental es considerado un proceso de escritura profesional del Trabajo Social como parte estratégica y transversal de la intervención profesional “ya que se constituye como la materialización de la puesta

en acto de algunos instrumentos —como la observación, la visita domiciliaria, la entrevista— y también es insumo indispensable para la realización de otros, como los informes sociales" (p. 3).

Como estudiantes y en nuestro rol de trabajadoras tanto del Centro de Salud como del Centro Cuidar, entendemos que cada registro escrito forma parte de una herramienta cotidiana que propone "habilitar la reflexión (teórica, ética, epistemológica) sobre aquello que observamos, escuchamos y hacemos, entre otras cosas, en nuestro ejercicio profesional" (Zamarreño, 2025, p. 3).

Entendemos, como expresa el autor (2025) que los "archivos acerca de la realidad" (p. 5) que se producen con la acción de escribir posibilitando el análisis de las tensiones y conflictos que se dan en los campos de intervención Es ahí donde el carácter político del registro se expresa, además, como constructor de memoria colectiva.

Cuaderno en mano (u hoja en su defecto) se traduce en que "el acto de escribir a mano representa que lo que la otra persona dice es tan importante como para tomar nota de ello sin perder la mirada atenta y la escucha activa" (Zañarreño, 2025, p. 6).

Tanto la observación como la práctica del cuaderno de campo son muy propia de la profesión (futura en nuestro caso); herramientas que forjamos desde nuestros inicios en las prácticas pre-profesionales en nuestra formación en la carrera y que rápidamente son un sello que en ocasiones nos distingue entre otros profesionales y se vuelve un distintivo que dota de sustento y significado la práctica misma, nuestra intervención y la relación con el trabajo con los/as otros/as. Estar atentas, estar presentes, tomar nota, tal vez no de todo, pero si de lo imprescindible o lo relevante.

A modo de ejemplo. Situaciones del territorio.

Situación Centro de Salud Luchemos por la Vida.

Antes de desarrollar el relato de nuestras observaciones como estudiantes de trabajo social y recuperar los registros de nuestros cuadernos de campo, nos resulta necesario mencionar que los datos e identidades de las situaciones son de fantasía.

En el Centro de Salud Luchemos por la Vida ingresaba una paciente desconocida para el equipo (no adscripta a la institución, es decir, sin equipo de referencia), solicitando turnos médicos refiriendo que estaba embarazada.

Trabajadoras/es médicas/os, que la conocían de otros equipos, de otras zonas de la ciudad, marcaban el cuidado a tener con la paciente porque “era peligrosa” según su percepción de las trayectorias de vida de dicha paciente en otros distritos de la ciudad. Esta primera marca, la etiqueta de "peligrosa" no emerge de la clínica sino de la historia institucional acumulada sobre Jacinta, es el modo en que el parte del sistema de salud traduce la complejidad social en una advertencia de riesgo. Desde el trabajo social, esta operación nos interpela, porque convierte una historia de vida atravesada por múltiples vulneraciones en un atributo individual de la paciente, obturando la posibilidad de intervención.

Como señala Samaja (2016) “un problema de salud se define a partir de las contradicciones que emergen en los procesos de reproducción social de los sujetos o las comunidades “ (p.5).

Lo que podemos analizar es que son las condiciones estructurales como la pobreza, la violencia, el consumo, la falta de red las que configuran su modo de reproducir la vida. Intervenir desde este enfoque habilita una intervención que no criminalice a la persona sino que actúe sobre esas condiciones.

Al consultarle a la paciente donde estaba viviendo y si tenía algún familiar que se atendiera en el centro de salud, se la agrega a una historia clínica familiar, se solicita simultáneamente el pedido de la historia clínica en su efector anterior y se le otorgan turnos para control rápidamente. La paciente vive en El Cañaveral y está conviviendo con una familia con referencia en la institución.

Irrumpía en el centro de salud una historia de vida nueva para este equipo; pero conocida para el estado.

Se trataba de una paciente joven, embarazada, trabajadora sexual, con consumo problemático, cursando su séptimo embarazo, a la que llamaremos con nombre de fantasía Jacinta. Ella tenía recorridos institucionales por otros centros de salud, como los llamados, por los mismos trabajadores/as, “pacientes históricos” con situaciones complejas, con intervenciones de los organismos de protección.

Jacinta en el centro de salud, encontró espacios y profesionales donde contar su historia, comenzó a acercarse por turnos programados y de laboratorios y continuó haciéndolo por un control, un pedido de un mate cocido, un alfajor. Este vínculo que Jacinta fue construyendo con el equipo es el proceso de atención. Desde el trabajo social reconocemos en esos gestos cotidianos la dimensión vincular del cuidado que Merhy describe como tecnología blanda la herramienta más potente disponible.

Recuperando a Merhy (2016), entendemos que

> el rol de trabajo social, además de avanzar a revertir los procesos que precarizan la vida, se encuentra enlazado a aquellas prácticas que dinamizan los lazos sociales, los apoyos comunitarios y las relaciones intersubjetivas. La salud como proyecto de “disponibilidad de elegir entre varios modos de andar por la vida” se califica o potencia en la medida en que los sujetos se enlazan en proyectos colectivos (p. 123).

Interpretamos que lo que la autora llama "trabajo vivo en acto" es lo que ocurrió con Jacinta, el equipo construyó un lazo en lo cotidiano. Ese lazo fue la condición de posibilidad para todo lo que vino después, el relato de su historia, el diagnóstico conjunto y la articulación interinstitucional. La potencia de la autora radica en su capacidad para poner la centralidad en lo comunitario frente a las rupturas del lazo social que genera el actual repliegue del Estado. El progresivo desfinanciamiento de las políticas públicas precariza las estructuras institucionales, configurando un escenario adverso que afecta tanto las condiciones de reproducción de las familias como los entornos laborales, donde se agudizan los malestares de los equipos profesionales. El sostenimiento de la mesa interinstitucional emerge como un dispositivo clave de articulación territorial. Ante las complejas vulneraciones de derechos que atraviesan los niños y niñas del barrio, la comunicación intersectorial y el lazo con la red de salud pública se constituyen como trincheras colectivas fundamentales para compartir saberes, coordinar recursos y cogestionar estrategias interdisciplinarias.

La paciente había padecido situaciones de abuso sexual desde niña y había quedado embarazada producto de una violacion. Una de sus hijas, que había sido consecuencia de la violacion fue a su vez abusada por el progenitor y fallecida por ese motivo. Jacinta pudo compartir en este vínculo con el equipo del centro de salud, su angustia, las limitaciones para cuestiones de su vida por el consumo, su historia de vida y que la angustiaba no estar al cuidado de ninguno de sus hijxs en la actualidad, que algunos se encontraban por medidas de protección excepcional en “hogares”, otros al cuidado de familiares.

Analizamos cómo la *violencia sexual* aparece en el territorio como formas más comunes y frecuentes de delitos de abusos cometidos en la intimidad del hogar

entre personas emparentadas y como violencia domestica (Segato, R., 2003, p. 22). Segato nos permite comprender que estas violencias no son irrupciones excepcionales, sino expresiones de un orden social que habilita el ejercicio de poder sobre los cuerpos de las mujeres en los espacios privados.

Reconocerlo es el primer paso para que la intervención profesional no normalice ni naturalice lo que observa.

Observamos que la historia de Jacinta no es una cadena de hechos aislados, es la expresión de cómo la violencia sexual se reproduce cuando el Estado no interviene a tiempo y cuando las instituciones de protección llegan tarde o de forma fragmentada. Desde el trabajo social, esto exige que leamos la situación en su dimensión histórica y generacional.

En este sentido entendemos la *salud colectiva*, como movimiento de "apertura a paradigmas éticos que instalen formas no hegemónicas de producir y concebir el proceso de salud-enfermedad-cuidado" (Paim, 2020, p.1).

Cuando el equipo de salud recibe a Jacinta interviene con el embarazo en el contexto de su historia de vida, de sus condiciones habitacionales en el Cañaveral, de la violencia que ejerce el progenitor y del consumo problemático de ambos lo hace articulando las dimensiones en una estrategia de cuidado integral.

Percibiendo que la situación de consumo en la que estaba iba a ser una dificultad para los cuidados del bebé, Jacinta identificaba al consumo como un problema para su vida social. Es así que en el transcurso de sus controles de embarazo, en un trabajo interdisciplinario e interinstitucional se presenta la situación a la Maternidad Martin por su complejidad.

Se convoca a la paciente (luego de varias entrevistas) y junto al equipo del Centro de Salud, la Maternidad y la Agencia de Abordajes para Consumo Problemático se

piensa en un Alojamiento Residencial para ella y su bebé, debido a que Jacinta manifestaba estar en un vínculo atravesado por la violencia de género con el progenitor de su bebé.

Antes del nacimiento del niño, Jacinta es diagnosticada con una enfermedad que ocasiona consecuencias físicas y subjetivas en el bebé. Como menciona Breilh (2015) “los modos de devenir” que “determinan” la salud se desarrollan mediante un conjunto de procesos, que adquieren proyección distinta frente a la salud, de acuerdo a los condicionamientos sociales de cada proceso histórico, es decir, de acuerdo a las relaciones sociales en que se desarrollan” (p. 118). Siguiendo lo que refiere el autor, observamos que el diagnóstico de Jacinta y su bebe, es el resultado de determinantes sociales operando sobre un cuerpo gestante.

En este sentido, la proyección de la acción en salud debe pensarse como ruptura de los procesos que deterioran nuestra salud y nos impiden emanciparnos (prevención de la salud) y como impulso de los procesos que nos protegen o nos perfeccionan, tanto colectiva como subjetivamente (promoción de la salud) (Breilh, 2015, p. 118).

Este enfoque nos invita a reflexionar críticamente alrededor de cómo las desigualdades sociales impactan negativamente en la salud de los sectores más vulnerados. La situación de precariedad habitacional en los barrios populares, la pobreza estructural, el empleo informal o la situación de mujeres que sufren violencia doméstica, son algunos de los ejemplos que invitan a pensar que el campo problemático puede desplazarse hacia esos procesos que deterioran la salud por encima de cualquier fenómeno patológico aislado (p. 119).

Entendemos la salud como salud integral, no solo como un proceso de salud enfermedad, sino que impactan la salud física, psíquica y social de la población, las condiciones en las que viven y habitan los *territorios.*

La paciente en los registros que tenemos y en las observaciones que realizamos expresó en el centro de salud que este último parto que tuvo fue el mejor parto, comparado con todos los otros, porque es la primera vez que pudo sentir el parto, sin consumir y porque parió acompañada por alguien, en esta ocasión por el padre de este bebé, también hizo referencia a que la trataron bien, que estuvo cómoda y conectada con su bebé. El relato de Jacinta proporciona claridad sobre lo que significa el parto respetado para alguien que históricamente no ha tenido control sobre su propio cuerpo ni sobre los procesos que lo atraviesan. Sentir el parto, elegir a quién tener al lado, ser tratada bien son derechos que la Ley 25.929 reconoce. Desde el trabajo social, este relato nos interpela para dimensionar una política pública en lo que una mujer puede contar sobre el día en que parió.

En este período de tiempo (mientras el recién nacido queda en neonatología) la paciente retrocede con las intenciones de ir a un residencial para alojarse con su bebé, observamos que es una decisión que aparte del consumo problemático de ambos progenitores puede estar vinculada a la violencia de género que ejerce el progenitor sobre Jacinta.

Tras su nacimiento, el recién nacido queda internado en neonatología, debido al diagnóstico de su mamá durante el embarazo, la causa de esta enfermedad son las condiciones de higiene en una embarazada y las condiciones de vivienda en El Cañaveral no eran propicias para su embarazo ni para el cuidado del recién nacido.

Durante el cuidado del bebé en neo, se acercaba la paciente al centro de salud a preguntar qué podía hacer, ya que le habían dado el diagnóstico de que su bebé tenía graves consecuencias físicas irreversibles. Existió un episodio en el que luego de transmitirle dicho diagnóstico desde la Maternidad a los progenitores, ingresan a visitar a su hijo y frente a normativas institucionales (sobre conductas de una

estadía en neo) una situación había desencadenado la presencia policial en la maternidad, lo que angustió a la madre ya que vió suspendidas también las visitas a su bebé e intentaba reparar los hechos.

En el transcurso del tiempo del recién nacido en neo, la situación pasa al Equipo de Abordajes Específicos del Servicio Local porque ambos progenitores no pueden sostener los cuidados del recién nacido; Jacinta ha dejado de acercarse a la maternidad a visitarlo, y el grupo familiar no puede acompañar al bebé en los turnos que les otorgan desde el efector. El Equipo de Abordajes Específicos entrevista a las familias de ambos progenitores para determinar quién puede alojar al recién nacido y los cuidados que conlleva por su diagnóstico. Al momento de realizar este Trabajo Integrador Final, el niño continúa internado en neonatología de la Maternidad Martin, Jacinta se encuentra en situación de calle y con consumo, el progenitor tiene acercamientos al efector y se queda durmiendo en situación de calle en la puerta del mismo.

La situación de Jacinta y el progenitor de su hijo durmiendo en la calle, a la puerta de la maternidad donde su bebé sigue internado, materializa lo que el texto del Colectivo Juguetes Perdidos (2016) describe como la condición de los cuerpos que los barrios populares producen. Desde el trabajo social nos interpela sobre los límites de nuestras intervenciones y sobre la responsabilidad del Estado.

> En los nuevos barrios hay un sinfín de intentos por otorgarles destinos a esos cuerpos que se mueven, que incomodan, que “ni estudian ni trabajan”, que dan miedo porque no calculan, que no valen porque son malvenidos, que pueden ser mulos pero también pueden estar locos...Peligrosos o invisibles, malvenidos, disponibles como fuerza de trabajo para la policía, las organizaciones políticas, los transas, los creadores de tendencias y de

> marcas. ¿Qué lugar ocupan en el escenario barrial y en la ciudad, los pibes y pibas que viven en los barrios y villas del conurbano, los que pasaron parte de su infancia y adolescencia en plena ola del “consumo para todos”? ¿Cómo se los nombra y qué se les dice que tienen que hacer? ¿Qué destinos se les quieren asignar? ¿De qué pueden rajar? (Colectivo Juguetes Perdidos et al., 2016, p. 83).

Cuando hablamos de mujeres, de las pibas del barrio, volvemos a recuperar del texto Quien lleva la gorra del Colectivo Juguetes Perdidos (2016):

> Las pibas se ríen y participan del descanso. Se miran cómplices, murmuran tapándose la boca, pero también salen a disputar la palabra a puro grito y berretín. Saben de qué se trata. Las secuencias que pasan en los barrios también las tienen como protagonistas. Madres, hermanas, novias, vecinas, objetos de deseo que dan sentido a muchas disputas barriales; a veces el respeto que buscan los pibes enfierrados o engorrados es el de ellas. (p. 118).

Nos interpela que la mayoría de situaciones con las que trabajamos están atravesadas por la violencia de género y situaciones de narcomenudeo en los territorios con el aumento de las situaciones de vulneraciones de derechos para mujeres e infancias.

Además de cargar con el denso deseo de los otros (y con las bardeadas de policías, gendarmes o vecinos zarpados), ellas, las pibas, tienen además información sensible y corporal de las otras violencias, las que suceden puertas adentro. Pero el cuerpo de la piba, aún más que el del pibe, está sometido y tironeado por múltiples mandatos sociales: el religioso, el patriarcal, el publicitario. Las pibas, si son “lindas”, pueden escapar del racismo-ambiente que signa las biografías de los pibes. Lo que

la piba puede ofrecer como belleza o simpatía (su capital), el pibe lo tiene que traducir en capacidad de generar miedo y respeto (Colectivo Juguetes Perdidos et al., 2016, p. 118).

Esta dimensión corporal y subjetiva de la violencia que describe el texto del Colectivo Juguetes Perdidos (2016) aparece en el cuerpo de Jacinta, en su embarazo, en la enfermedad que contrajo por sus condiciones habitacionales y en el parto que finalmente pudo sentir por primera vez. El cuerpo de Jacinta es el territorio donde se inscribieron todas esas violencias y, también, donde por un momento algo distinto fue posible.

Estos fragmentos de textos consideramos que nombran lo que sucede en los territorios en algunos barrios populares, que hay una economía de los cuerpos pobres a los que se les asigna a determinados lugares la guardia, la cárcel, la calle, la esquina. Entendemos que lo posible es intervenir con alguna otra posibilidad, que rompa con la estigmatización de "peligrosa" que la deriva de institución en institución. Finalmente, esto nos ayuda a reflexionar sobre la noción de *interseccionalidad.* Según el enfoque de estos autores, los problemas de salud son siempre interseccionales, en tanto cualquier padecimiento, analizado desde la salud colectiva, nunca es ajeno a los procesos de determinación estatal, cultural, de *género* o de clase. Esto nos ayuda a reflexionar sobre la noción de *interseccionalidad*. Según el enfoque de estos autores, los problemas de salud son siempre interseccionales, en tanto cualquier padecimiento, analizado desde la salud colectiva, nunca es ajeno a los procesos de determinación estatal, cultural, de género o de clase.

Grassi (2003) señala que los problemas sociales son "la expresión hegemónica del modo como se interroga, interpreta, resuelve, ordena y canaliza" la cuestión social

en cada época, y que su definición depende de "los procesos de hegemonización, donde se imponen los términos con que se lo nomina, describe y se especifica el contexto de referencia" (p. 22). Como plantea la autora los problemas sociales expresan la forma dominante en que cada época interpreta, ordena y canaliza la cuestión social, desde el trabajo social con otras disciplinas se interviene sobre situaciones sociales e históricas atravesadas por intereses y proyectos políticos concretos. Así, la política social expresa los principios que organizan la vida social y "la medida en que una sociedad se acerca o se aleja del reconocimiento de las necesidades de todos sus miembros y su capacidad de protección de los mismos" (p. 25). Observamos que desde el trabajo se propicia la interdisciplina porque la vulneración de derechos en lo habitacional recurrentemente se vincula con lo sanitario, lo laboral con lo educativo, y ninguna disciplina por sí misma puede dar cuenta de esa complejidad ni sostener una intervención que apunte a la restitución integral de derechos.

Jacinta estuvo atravesada por situaciones de violencia puertas adentro y afuera, los equipos de salud en el territorio acompañan con otros, a pacientes en las condiciones más adversas.

"Nos parece primordial recuperar a Susana Cazzaniga y a José Paulo Netto para pensar la dimensión ético político en el trabajo social. Asumir que en nuestra práctica se ponen en juego valores éticos remite a reconocer la complejidad política de toda intervención profesional" (Burwiel, P., Maldonado, M. y Terrno, B., 2024, p. 119). Como estudiantes de trabajo social nos encontramos en los equipos y con otras instituciones relacionando nuestras prácticas con una práctica política. Pensar la situación de Jacinta como práctica política significa observar que en cada intervención del equipo tuvo consecuencias en el proceso de atención de salud,

adscribirla rápidamente, escucharla, articular con otras instituciones, no estigmatizarla como "peligrosa". Pero también significa reconocer los límites, que al momento de este trabajo el bebé sigue internado, que Jacinta está en situación de calle, que la intervención no alcanzó para producir las condiciones que hubieran sido necesarias. Resulta esclarecedora la frase de Silva Paim (2020) cuando refiere que “el trabajo en salud tiene un componente ético esencial vinculado a la emancipación de los seres humanos” (p.120).

Luego recupera el autor algunos principios o ejes orientadores de este movimiento. Uno de ellos indica que la salud colectiva se propone “la apertura a paradigmas éticos que aprehendan formas no hegemónicas de producir y concebir el proceso de salud-enfermedad-*cuidado*” (p.120).También queremos analizar aquel que da lugar a la “construcción de espacios de emergencia de sujetos políticos y de deseo, comprometidos con transformaciones en el campo de la salud colectiva, con la producción de reflexión crítica y de prácticas desarrolladas en diversas esferas de la vida académica y social” (p.120). La emancipación implica que Jacinta pueda elegir, que tenga información sobre sus derechos en el parto y que pueda decidir sobre su cuerpo. Cualquier abordaje asistencial de un trabajador de la salud, junto a un usuario, se produce a través del trabajo vivo en acto, en un proceso de relaciones, es decir, en un encuentro entre personas, que actúan una sobre la otra, y en el que opera un juego de expectativas y producciones recíprocas. De esta manera se crean intersubjetivamente momentos de conversación, escucha e interpretaciones, modos de alojar a esa persona, ampliación de apoyos comunitarios, acuerdos comunes sobre el problema a responder, etc (Merhy, 2016).

Este concepto de Merhy describe con precisión, lo que se puede observar en la situación con la paciente, es que la intervención se basó en encuentros algunos

planificados como las entrevistas y turnos programados , y otros no, en los que el equipo eligió alojarla. Esos encuentros son el núcleo del trabajo social en salud, y en ellos se pone en juego la dimensión emancipatoria que Silva Paim expresa.

Este trabajo integrador final, se propone recuperar lo *comunitario*, los lazos de solidaridad que se producen en el tejido social, frente al posicionamiento hegemónico que deja por fuera los saberes de las poblaciones con las que trabajamos, y persigue también la búsqueda de recuperar los vínculos que en estos contextos políticos, sociales, culturales y económicos que rompen con el tejido social por las subjetividades que desarrolla el neoliberalismo, propiciando que cualquier trabajador estatal de la ”salita” o “el jardín” como los denomina la población al centro cuidar y al centro de salud compartan encuentros,donde horizontalmente poder debatir y construir procesos de atención que tengan como protagonistas a las personas gestantes, en un proceso de conocimiento de la Ley de parto humanizado y con un fin emancipatorio llegado el momento del parto y pos parto. En las observaciones de la práctica y en los cuadernos de campo podemos poner en valor, el impacto que tienen para los equipos e instituciones del territorio y distintos niveles de atención cuando las situaciones se trabajan en red, conociendo las limitaciones de los territorios, recuperando las trayectorias familiares de los pacientes, consensuando y estableciendo acuerdos. En el caso de Jacinta, la interseccionalidad no es un concepto abstracto, es el modo en que el género, la clase, el territorio, el consumo y la violencia se anudaron en su historia de vida y condicionaron su acceso al sistema de salud. Entendemos que para poder abordar el parto respetado en este territorio, articular con las instituciones y construir con la comunidad los espacios que todavía no se construyeron, esta situación fundamenta la propuesta del dispositivo territorial que presentamos a continuación.

Situación Centro Cuidar La Lagunita y Centro de Salud Luchemos por La Vida.

Vamos a relatar en esta situación sobre las trayectorias institucionales de Vanesa, vecina histórica del barrio La Lagunita, que está referenciada al Centro Cuidar, ya que ella y sus hijos/as participan de varios espacios en esa institución; dentro de los cuales podemos nombrar: Sala de 3 años -en años anteriores-, Desarrollo infantil con su hija de 1 año y medio, Andamios con sus hijos/as de 6 y 9 años, y también transitó por el espacio de la Consejería de Género y acudió a la Asesoría Legal.

Al comenzar a realizar este TIF Vanesa estaba embarazada de su cuarta hija que actualmente es una bebé de tres meses.

A partir de su referencia en la institución es beneficiaria de la caja alimentaria a la que accede porque participa con su hija más pequeña en el espacio lúdico de desarrollo infantil.

Dentro de su tránsito por el Centro Cuidar consulta por la Consejería de Género y requiere Asesoramiento legal por una situación de violencia de género y “problemas legales” como así ella lo menciona, con el papá de dos de sus hijas/os.

La trayectoria institucional de Vanesa no se limita al Centro Cuidar, su recorrido por los efectores del territorio da cuenta de una articulación cotidiana con múltiples organismos, lo que refleja tanto sus necesidades como sus estrategias de acceso a recursos.

Vanesa también tiene recorrido institucional en el Centro de Salud Luchemos por la Vida, donde tiene historia clínica familiar desde la apertura del Centro de Salud. Ella y todos sus hijas/os acceden a procesos de atención de la salud de forma espontánea y con turnos programados para los controles.

Vanesa concurre todos los días en reiteradas ocasiones al Centro de Salud para preguntar sobre actividades tanto en esta institución como en el Centro Cuidar, también para requerir movilidad para acercarse a otros efectores de salud, para reprogramar turnos con especialistas y diligencias en tribunales. Podemos observar que este último requerimiento es difícil de enmarcar ya que es un recurso escaso con el que cuenta salud, priorizado para demandas específicas del área. Vanesa tiene recursos simbólicos para generar estrategias en ambas instituciones para solicitar y lograr acceder a determinados recursos de acuerdo a sus demandas.En este marco, su último embarazo constituyó un momento de particular complejidad, atravesado por tensiones entre sus propios deseos, las condiciones materiales de su vida cotidiana y la violencia de género que padecía.

Lo habría transitado con indecisión respecto a sus deseos de maternar, en ese momento se le brindó información sobre la posibilidad de interrumpir su embarazo y que podía hacerlo dentro de la Ley de interrupción voluntaria del embarazo, pero finalmente lo lleva adelante.

Sus dudas sobre sus deseos de maternar o interrumpir su embarazo eran sobre la organización familiar, la economía, las dificultades para la crianza respecto de sus otros hijos, los obstáculos que enfrenta en las tareas de cuidado que recaen sobre ella y otras mujeres de la familia, llevar a las/os niñas/os a los controles de salud, a las escuelas y contenerlos en el hogar. Sumado al cansancio físico y psicológico de las amenazas y la violencia de género que ejerce su ex pareja y padre de algunos de sus hijos/as, que la han llevado en otras oportunidades a “intoxicarse con medicación para querer descansar” según su relato.

Al momento de finalizar este TIF Vanesa se ve superada por las tareas de cuidado y la maternidad.

La violencia que atraviesa la vida de Vanesa no puede comprenderse de manera aislada, es necesario situarla en el marco de las estructuras de género que la producen y reproducen. En esta línea, cuando analizamos la categoría género, recuperamos los aportes de Rita Segato: Cuando “más brusca es la ruptura de los lazos comunitarios, resurge el derecho natural de apropiación del cuerpo femenino cuando se lo percibe en condiciones de desprotección, vale decir, el afloramiento de un estado de naturaleza” (Segato, 2003, p. 30).

Esta violencia estructural se hizo presente también en su último proceso de gestación, que implicó complicaciones clínicas significativas y demandó mayores intervenciones institucionales.

En el último embarazo Vanesa tuvo diagnóstico de preeclampsia, presión arterial alta que afecta riñones e hígado y que requiere de mayores controles para la persona gestante y la bebé requirió mayores controles y generó más cansancio para la paciente. Pudimos observar que es necesario comenzar a establecer acuerdos con Vanesa para ordenar pautas, circuitos, prioridades y responsabilidades frente a los cuidados de sus hijas/os siendo que es habitual, frente a las preguntas institucionales y de los trabajadores, encontrarnos con respuestas que son evasivas y que ponen de manifiesto la delegación de esos cuidados en las instituciones y también en su hija adolescente. Pese a la delegación de los cuidados notamos que presenta un compromiso para la inscripción o cupos disponibles para las actividades a las que se convoca al grupo familiar, pero quién sostiene el devenir y la participación efectiva en los mismos es su hija adolescente. Cuando esto no ocurre desde el Centro Cuidar se hace necesario activar ciertos mecanismos institucionales en el marco de lo territorial como por ejemplo acompañar a los niños/as a su casa, cruzarlos/as de vereda para que se encuentren con su mamá, llamarla o mandarle

un mensaje por teléfono recordando horario de salida y retirada.Sin embargo, en contraste con estas situaciones de sobrecarga y delegación, el relato del parto de su última hija revistió una dimensión diferente, marcada por una experiencia subjetiva que ella misma valoró positivamente.

Desde el Centro de Salud, cuando pudimos conversar sobre este último parto con Vanesa, ella relata que fue un parto “lindo", comparado con el relato de partos anteriores donde estaba acompañada de una pareja que ejercía violencia de género con ella.

En este último parto estuvo acompañada de su hija adolescente porque así fue su elección, hija en quien depositó su confianza y relató “lo emocionada que estaba al ver la cara de su hermanita por primera vez” según mencionó la joven. También nos contó Vanesa que no tuvo dolores y fue parto natural y que “siempre se acuerda de un embarazo que perdió mientras su médica tratante también estaba embarazada y le regaló toda la ropita que tenía de su hijo fallecido”. No obstante, la historia reproductiva de Vanesa también está marcada por experiencias de pérdida que dejaron padecimientos subjetivos profundos, y que desconocemos si en su momento contaron con el acompañamiento institucional necesario.

Ésta pérdida le generó angustia por lo que la llevó a consumir sustancias un tiempo; “pérdida que siempre recuerda y que siente que nadie pudo acompañarla en lo que significó para ella; que le costó entender”. Esta experiencia de Vanesa, nos invita a reflexionar sobre el rol de las instituciones en el acompañamiento de los padecimientos subjetivos de las pacientes durante el embarazo , así como sobre los dispositivos disponibles para ello.Nos preguntamos si alguien del Centro de Salud u otras instituciones pudieron acompañarla frente a sus padecimientos subjetivos; por lo que ella refiere no; y también si hubo algún acompañamiento desde salud mental

en la maternidad donde en la actualidad hay profesionales y dispositivos para el acompañamiento frente al fallecimiento de los recién nacidos/as.

Elegimos esta situación junto con la de otra paciente del barrio El Cañaveral que se desarrolla en este trabajo, porque ambas reflejan experiencias de mujeres en relación a las maternidades, partos, cuidados y violencia de género, atravesadas también por el consumo problemático. Estas dimensiones son centrales en las intervenciones que desarrollamos desde el Centro de Salud y el Centro Cuidar, y nos permiten articular la práctica con los marcos teóricos que a continuación recuperamos.

Elegimos estas dos situaciones porque reflejan dos barrios distintos, una es del barrio La Lagunita y la otra es del Cañaveral; ambas situaciones relatan experiencias de mujeres en relación a las maternidades, partos, cuidados y marcadas por la problemática de la violencia de género y el consumo problemático con los que trabajamos desde el Centro de Salud y Centro Cuidar.

Cuando hablamos de *territorios*

> en palabras de Castel, pasamos de tener en el centro de los debates y las acciones sobre cuestión social a todo lo referente al mundo del trabajo, sus protecciones, sus expresiones de clase, con un rol central de los Estados nacionales, a colocar allí a la población reconocida como pobre y reconfigurar, en el mismo proceso, al territorio o el espacio a intervenir como ciudades y sus administraciones, es decir, la cuestión urbana (Zampani, , p. 19).

Cuando pensamos la propuesta del dispositivo territorial, nos posicionamos desde la necesidad de recuperar saberes ancestrales e intentar construir procesos hacia adentro de los territorios propiciando vínculos entre los y las trabajadoras y la

población que lo habita. Aunque el autor manifiesta que la centralidad la sigue ocupando la cuestión del trabajo, afirma que en nuestra contemporaneidad es inevitable y necesario pensar y repensar la cuestión urbana como parte importante. “Se observa en verdad desde hace al menos 20 años un desplazamiento que hace que el habitante, más que el trabajador, se convierta en el principal interlocutor de los poderes públicos (véase la política de la ciudad) y, a partir de la descentralización y la reorganización de las políticas públicas, es también por lo general a partir del territorio como se redefinen los desafíos que estructuran los modos de vida de los actores sociales” (Castel, 2010, p. 42, citado en Zampani, 2021, p. 5).

Esta dimensión territorial cobra pleno sentido cuando comprendemos cómo las instituciones construyen vínculos de pertenencia y proximidad con la población que atienden, aspecto que estructura tanto las formas de intervención como las relaciones cotidianas.

Cuando hablamos en los ejemplos anteriormente mencionados, sobre las situaciones en las que intervienen las instituciones del territorio y expresamos “nuestra paciente, nuestra población”, adscripta a un equipo de referencia, o la población adscripta al Centro de Salud, referenciadas al Centro Cuidar, lo nombramos de este modo porque

> La proximidad no actúa solo en términos o en relación entre personas, sino también con y entre los distintos actores estatales. Castel (1997) planteó cómo la dimensión de proximidad fue clave en la definición del andamiaje social asistencial: no solo había que mostrar/demostrar que una persona no podía valerse por sí mismo, sino que debía ser próximo, debía ser “nuestro”. Entonces, las más diversas formas de protección que se desarrollan en

> sociedad, entre ellas las políticas sociales urbanas, presentan una necesaria dimensión de proximidad o construcción de un nosotros. De ahí que entendemos la construcción de un nosotros "próximo" como un derivado inevitable de la *territorialidad* (Zampani, 2021, p. 22).

Comprender estas trayectorias institucionales requiere, también, analizar el sistema de relaciones de poder que las condiciona. El patriarcado, como sistema estructural y transversal, opera tanto en las prácticas cotidianas de las mujeres como en las lógicas institucionales que pretenden intervenirlas.

Entendiendo que el sistema patriarcal es transversal a la mayoría de las prácticas e intervenciones de ambas instituciones, nos resulta menester su comprensión e historización en relación a las dos situaciones que elegimos para trabajar, ya que están atravesadas por este sistema y nos resulta oportuno poder entender a que hacemos referencia cuando lo nombramos. Cuando hablamos de parto respetado analizamos las categorías de género y sistema patriarcal. "Durante casi cuatro mil años las mujeres han desarrollado sus vidas y han actuado a la sombra del patriarcado, concretamente de una forma de patriarcado que podría definirse mejor como dominación paternalista. El término describe la relación entre un grupo dominante, al que se considera superior, y un grupo subordinado, al que se considera inferior, en la que la dominación queda mitigada por las obligaciones mutuas y los deberes recíprocos. El dominado cambia su misión por protección, trabajo no remunerado y manutención (p. 61).

La base del paternalismo es un contrato de intercambio no consignado por escrito soporte económico y protección que da el varón a cambio de la subordinación en cualquier aspecto, los servicios sexuales y el trabajo doméstico no remunerado de la mujer. En este contexto patriarcal, las responsabilidades de cuidado se distribuyen

de manera profundamente desigual, recayendo de manera sistemática sobre las mujeres. Esta desigualdad se articula con la pregunta central sobre cómo se organizan los cuidados cuando las familias no pueden asumirlos y el Estado retrae su intervención en contextos de ajuste.

Cuando las familias no pueden cuidar y el Estado atraviesa momentos de ajustes por definiciones de gestión política, como se organizan esos cuidados, que sucede cuando es el mercado el regula la vida de los ciudadanos.

En lo que respecta a los cuidados, retomamos del texto de Ceminari y Stolkiner, El cuidado social y la Organización Social del Cuidado como categorías clave (2018), a la forma en que interrelacionadamente la familia, el Estado, el Mercado y las organizaciones comunitarias producen y distribuyen cuidados, se caracteriza por la diversidad de actores que participan y por ser una configuración dinámica donde no existen divisiones estancas sino más bien una continuidad de actividades, trabajos y responsabilidades (Faur, 2009; Rodriguez Enriquez, 2015).

En este entrecruzamiento de actores se configuran “redes de cuidado”, conformadas las personas que dan cuidado y las que los reciben, los actores institucionales, los marcos normativos y las regulaciones, la participación mercantil y también la comunitaria (Pérez Orozco, 2006).

Entendiendo que a partir de la noción de organización social del cuidado se explicita la necesidad de reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidado, considerando que el cuidado va más allá de los hogares e incluye a la sociedad en su conjunto (Esquivel, 2012).

Las instituciones analizadas en este trabajo integrador final forman parte de los organismos de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes, y sus prácticas cotidianas evidencian esta organización social del cuidado. Sin embargo,

en América Latina, esta red presenta inequidades estructurales que es necesario visibilizar.

En Latinoamérica, la familia ocupa un rol preponderante en este diamante del cuidado y la red familiar se convierte en un vector de desigualdad porque asume la mayor parte de la provisión de cuidado (Martínez Franzoni, 2008; Rodríguez Enriquez, 2013, p. 4).

La desigualdad de género en las tareas de cuidado están en la mayoría de intervenciones. Quienes habitan las instituciones del territorio, son mujeres en su mayoría, que asisten a los controles de salud de los niños y niñas del barrio (controles de rutina o de forma espontánea) ,son también quienes habitan los ingresos y egresos de las actividades en el Centro Cuidar y de las escuelas primarias del barrio.

Cuando las mujeres no pueden realizar las tareas de cuidado,hay otra mujer que sostiene esas tareas, una abuela, tía o cuidadora mujer. Esta realidad cotidiana que observamos en el territorio se corresponde con datos estructurales que visibilizan la magnitud del problema y fundamentan la necesidad de políticas públicas orientadas a la corresponsabilidad en los cuidados.

Según el Proyecto de Ley Hacia el reconocimiento de los *cuidados* como una necesidad, un trabajo y un derecho para un desarrollo con igualdad para todas, todes y todos “Cuidar en Igualdad” para la creación del Sistema Integral de Políticas de Cuidados de Argentina (SINCA).

Aproximadamente, 2.128.100 (95%) de los niños y niñas de 0 a 2 y 285.861 (60%) de los niños y niñas de 3 años no asisten a establecimientos educativos y de cuidados. El 45% de los jardines o escuelas infantiles no cuenta con sala de 3 años. La mitad de las mujeres con niños menores de 3 años están fuera del mercado

laboral y por lo tanto, sin ingresos propios. Fuentes Proyección realizada a partir de las evaluaciones llevadas a cabo por el anuario de ANDIS 2018. Estimación propia en base a datos de matrícula MINEDUC y población INDEC (Proyecto de Ley Cuidar en Igualdad, s.f., p. 2) El proyecto propone entre otros temas la modificación del sistema de licencias. En la construcción de un sistema de cuidados, la política de licencias es una pieza central para alcanzar la corresponsabilidad entre los géneros.

En la actualidad, Argentina se encuentra por debajo de las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo ya que la licencia por maternidad es de 90 días (casi 13 semanas) y la de paternidad es de solo 2 días.

La normativa vigente reproduce estereotipos que impactan de manera negativa en la distribución del cuidado dentro del hogar, genera discriminación hacia las *mujeres y LGBTI+* en el mundo del *trabajo* y excluye a la diversidad de conformaciones familiares del acceso al derecho a cuidar y recibir cuidados. Ampliar las distintas licencias constituye una deuda en materia de igualdad entre los géneros en nuestro país (Congreso de la Nación Argentina, s.f., p. 7). Frente a estas desigualdades estructurales, son los feminismos quienes han sostenido históricamente las luchas por su transformación, aportando marcos teóricos y políticos que resultan fundamentales para la intervención en el trabajo social.

Los feminismos en sus inicios hicieron hincapié en la enorme injusticia que significa la condición subalterna de la mujer en la vida social; luego se dijo "mujeres" para que el plural dé cuenta de las diferencias de raza y de clase [...] Probablemente, una de las cuestiones más caras a los feminismos haya sido la lucha en contra del uso del cuerpo, de la vida, de la subjetividad de las personas por parte del patriarcado que se hace carne en las marcas brutales de un capitalismo despiadado (Gamba,

2023, p. 18). Estas luchas tienen consecuencias directas en el campo de los derechos y en las intervenciones institucionales que se desarrollan en los territorios, particularmente en lo que refiere a la protección de niñas, niños y adolescentes.

Las intervenciones de las Instituciones en el territorio sobre los derechos de los niños, niñas y adolescentes se enmarcan en la Ley 26.061 y son con otros organismos de protección los responsables de garantizar el bien superior del niño que como define la ley son la familia, el estado y la sociedad.

Los feminismos no son solo una perspectiva teórica, sino una herramienta política y ética para el trabajo social y otras disciplinas , que orienta las intervenciones hacia la transformación de las condiciones estructurales que producen y reproducen la desigualdad.

De ahí la necesidad de insistir contra el sexismo de la cultura, contra los abusos de poder, contra todas las formas de violencia, contra el abuso sexual infantil, contra la trata y explotación de personas adultas y de niñxs. Cuestiones que claman por una visión que alerta contra la invisibilidad de quienes básicamente son pobres, o están en situaciones complejas de extrema vulnerabilidad, como sucede con ciertos migrantes, quienes carecen de vínculos de cuidado y contención, quienes deben huir de sus lugares de origen o no pueden hacerlo.

Los feminismos atraviesan todos los órdenes de la vida y del pensamiento y en su interior contienen disputas por el sentido, por el sujeto político, y más: múltiples diferencias, algunas desarrolladas en largos debates, otras de distancias infranqueables y otras que pudieron derivar en un consenso colectivo por el que, por ejemplo, se obtiene un derecho, como ha sido la cuestión reciente de la despenalización y legalización del aborto en Argentina. (Gamba, 2023, p. 18)

Que hoy sufre debates para modificar la ley vigente en Argentina, Ley 27.610 que permite la interrupción legal del embarazo hasta la semana 14 de gestación.

La propuesta.



Gutman, F. (s.f.). *Violencia obstétrica: el parto es un hecho político* [Ilustración]. Revista Anfibia. https://www.revistaanfibia.com

Esta propuesta comprende dos momentos:

En la primera se realizará una convocatoria a organizaciones sociales e instituciones del territorio para un reconocimiento mutuo entre instituciones y población e identificación de problemáticas comunes en referencia al parto respetado.

En la segunda instancia, se presentará una propuesta conjunta entre el Centro Cuidar y el Centro de Salud, que comprende las ideas iniciales de un dispositivo intersectorial.

Primer momento.

Objetivo

La presente propuesta de intervención se fundamenta en el abordaje de la violencia obstétrica mediante el paradigma del parto respetado, posicionándose desde una perspectiva crítica que articula la Salud Colectiva y el Trabajo Social. El objetivo central consiste en el diseño y puesta en marcha de un dispositivo territorial de salud comunitaria orientado a la visibilización y desnaturalización de las prácticas en salud violentas que vulneran los derechos de las mujeres, personas gestantes y sus redes de acompañamiento. Esta iniciativa se sostiene sobre un sólido andamiaje de planificación estratégica, entendida no como una herramienta meramente administrativa, sino como un proceso político y participativo esencial para la transformación de realidades sociales complejas.

En este marco, se recupera la concepción de Mario Rovere sobre la planificación como un ejercicio dialéctico de reflexión-acción, el cual exige comprender la multidimensionalidad de los fenómenos y garantizar la participación activa de los actores sociales a través de procesos recursivos de análisis y monitoreo. Esta visión se complementa con los aportes de Carlos Matus (1987), quien define a la planificación como la mediación necesaria entre el conocimiento y la acción, priorizando la capacidad de previsión ante la incertidumbre y el manejo de diversos escenarios posibles por sobre la rigidez de la predicción. Asimismo, se incorpora la perspectiva de Mario Testa (1995), para quien la planificación constituye un proceso estratégico indisolublemente ligado al contexto histórico-político y al cambio social.

Desde la especificidad del Trabajo Social y la Salud Colectiva, el proyecto rechaza las visiones biologicistas reduccionistas, interpretando a la salud como un fenómeno socio-histórico condicionado por los determinantes sociales. La intervención

profesional se sitúa así en el campo de "lo social", operando sobre los obstáculos materiales y simbólicos que restringen la reproducción de la vida. En definitiva, el dispositivo propuesto busca la promoción y restitución de derechos mediante una praxis comunitaria que utiliza la planificación como una herramienta política para interpelar las estructuras de poder y transformar las prácticas institucionales en el ámbito del nacimiento.

Desde nuestro posicionamiento, para seguir fortaleciendo los lazos comunitarios en los barrios La Lagunita y El Cañaveral entre las mujeres participantes la grupalidad de personas gestantes, se conformaría en un “Círculo de Mujeres” como técnica participativa horizontal y segura, con reglas en base al respeto y la confidencialidad que enviste en secreto profesional, diseñada para fomentar el empoderamiento, la reflexión y la solidaridad . Basado en la escucha activa y la ausencia de juicios, este espacio circular permite compartir experiencias de vida para fortalecer la autoestima, la autonomía y la creación de redes comunitarias (Caicedo Muñoz et. al, 2022).

Pensamos una primera actividad con las instituciones, organizaciones sociales y referentas territoriales.

El lugar donde se desarrolla este primer encuentro sería en el Centro Cuidar por una definición estratégica, debido a la ubicación, la disposición del lugar físico, y de fácil acceso para los trabajadores de instituciones que no conocen el barrio para llegar solos al encuentro. Y que en este contexto albergaría a organizaciones sociales de ambos barrios.

La propuesta es realizar un mapeo o cartografía social, es una técnica de investigación cualitativa con raíces históricas en las ciencias sociales del siglo XIX. Es una técnica que permite establecer relación entre el territorio utilizado y la

información significativa que se ofrece, reconociendo que el saber es la gente y el espacio que habita, más que un mero depósito de información sobre el cual se realiza el análisis (Montoya et al., 2014). Esta técnica representa o mapea en la geografía urbana los datos que se quieren reseñar, y permite implementar la participación de la población que, tras visualizar la imagen de su realidad, se impregna de la información y consciencia de las necesidades y recursos de sus territorios.Desde la investigación cualitativa en salud pública, el mapeo consiste en la representación gráfica de un vecindario, una vivienda o una comunidad, y resulta especialmente útil cuando se intenta identificar la ubicación de recursos en el territorio.La realización de los mapas sirve para agilizar el trabajo y la reflexión colectiva a la hora de pensar el territorio, a fin de cuestionarlo y elaborar alternativas de resistencia, organización y cambio (Gómez et al., 2017). La visualización a partir de los datos pretende construir un conjunto gráfico, sintético o complementario, que destaque lo más significativo o los asuntos clave, que permita entender, establecer agrupaciones, relaciones o tendencias, que reduzca la entropía y facilite obtener conclusiones o pruebas para su interpretación (Valero et al., 2014). El mapeo se inscribe dentro de los diseños cualitativos de carácter flexible. Según Hernández Sampieri y Mendoza (2018), la investigación cualitativa busca comprender los fenómenos explorándolos desde la perspectiva de los participantes en su ambiente natural y en relación con el contexto. Los mapas de activos en salud, como el mapeo, permiten determinar los recursos comunitarios de una zona para proponerlos como elementos protectores de salud. El mapeo se justifica académicamente como técnica que permite reconocer el territorio donde se desarrolla el fenómeno estudiado, visibiliza recursos, actores y necesidades de la comunidad, facilita la participación de los sujetos en la producción del conocimiento

y articula dimensiones espaciales, sociales y simbólicas en un único instrumento de análisis, siendo especialmente pertinente en investigaciones de base territorial vinculadas a políticas públicas, salud comunitaria y bienestar social.

El mapeo de **“Entornos de cuidado”** territorial permite identificar lugares físicos donde se brindan servicios o acompañamientos con perspectiva de género. "Para pensar el mapeo en términos de Bourdieu, consideramos que el itinerario de un sujeto es la historia de los desplazamientos de un agente dentro del espacio social o de un campo específico a lo largo del tiempo. Al respecto, Bourdieu (2012) define la trayectoria como “el conjunto de las posiciones sucesivamente ocupadas por un mismo agente [...] en un espacio que está él mismo en movimiento” (p. 104). Para el autor, la vida no es un relato lineal, sino una serie de posiciones sucesivas; de allí su crítica a la tendencia de tratar la biografía como un trayecto con un sentido unívoco, advirtiendo sobre el riesgo de caer en la 'ilusión biográfica' (Bourdieu, 1989, p. 27). Por lo tanto, investigar un itinerario implica reconstruir la estructura del espacio social que hizo posibles esos movimientos, dado que, como señala el autor, 'los acontecimientos biográficos se definen como tantos otros emplazamientos o desplazamientos en el espacio social' (Bourdieu, 1989, p. 29)." ¿Qué mapear? Hospitales públicos y Centros de Salud, otras instituciones, profesiones o profesionales en el territorio, señalando cuáles son percibidos como “amigables” y las representaciones de las distintas experiencias.

Cuáles son las redes de apoyo en el territorio: grupos de lactancia, grupos de crianza, grupos de preparación para el parto, doulas comunitarias, organizaciones que ofrecen asistencia legal, consejerías de género.

En el primer encuentro trabajaremos sobre EL CUIDADO: Relaciones de cuidado que se establecen entre las mujeres: ¿Cómo fueron sus embarazos? ¿Cuáles son

sus experiencias? ¿Qué es un parto respetado? ¿Qué es la violencia obstétrica? ¿Cuáles son las experiencias, sensaciones y emociones de sus partos?

Primera actividad con las mujeres:

Dinámica cuerpo-territorio

- Dibujar un cuerpo
- Escribir en las diferentes partes del cuerpo emociones, sentimientos, sensaciones que representen cómo se sintieron en el embarazo y parto
- Donde sintieron el apoyo o el empoderamiento
- ¿Dónde ubicarían aquellas prácticas incómodas, aquellas en que no les consultaron o no recibieron la información necesaria?

Segundo momento: herramienta para visibilizar experiencias y redes de cuidado **"El camino al parto en el barrio"**. Poder recuperar qué distancia geográfica tienen las mujeres de sus domicilios a los efectores de salud, a que distancia se encuentran del centro de salud, de las guardias y maternidades. Cuando desean maternar, cual es el recorrido hacia los procesos de atención de la salud, me entero que estoy embarazada, como lo confirmo? Voy al centro de salud, tengo prioridad como embarazada? Pido un evatest, ¿me tengo que hacer un laboratorio, una ecografía? generar interrogantes, preguntas que habiliten el diálogo y debate, camino al centro de salud me acompaña alguien? ¿Cuántos controles son los indicados en el periodo de mi embarazo? ¿Todas nos controlamos igual? ¿Dónde terminan mis cuidados previos al parto? ¿Dónde va a ser mi parto, conozco las maternidades de mi ciudad? Poder concluir donde nos duele la violencia obstétrica y que es a modo de cierre del encuentro.

Segundo momento.

Propuesta de Intervención: Dispositivo Territorial "Nacer Acompañadas"

Fundamentación Teórica y Situacional

El proyecto **"Nacer Acompañadas"** se constituye como un dispositivo de salud comunitaria orientado al abordaje integral del proceso de gestación, parto y puerperio en el área de influencia del Centro de Salud "Luchemos por la Vida" y el Centro Cuidar "La Lagunita". La intervención se sustenta en un marco normativo robusto que incluye la Ley 25.929 de Parto Respetado, la Ley 26.485 de Protección Integral a las Mujeres y la Ley 27.611 (Plan 1000 Días), normativas que garantizan el derecho a la información, el trato digno y la prevención de la violencia obstétrica.

Desde un diagnóstico situacional, se observa una fragmentación en las intervenciones estatales de base territorial. Ante la detección de trayectorias de atención desarticuladas, se propone la construcción de un espacio de cercanía que propicie la referencia y contrarreferencia de las personas gestantes. El dispositivo busca interpelar las nociones de cuidado vigentes tanto en los equipos profesionales como en la población, fortaleciendo la adherencia a los controles prenatales, mediante la consolidación de redes de sostén institucional y comunitario.

Estrategia de Articulación Intersectorial

La sostenibilidad del proyecto se basa en una gestión de red que trasciende la respuesta biomédica, integrando tres niveles de actuación:

- Interdisciplina Sanitaria: Participación activa de medicina general, tocoginecología, enfermería, trabajo social, psicología y nutrición.
- Anclaje Territorial: Alianza estratégica con organizaciones sociales (Comedor “Mujeres de la Lagunita”, “Descendientes de la Victoria”),entre otras, doulas comunitarias y promotores de salud, quienes actúan como agentes de convocatoria y facilitadores del espacio físico.

- Gestión Intersectorial: Articulación con la Secretaría de Salud, la Secretaría de Desarrollo Humano y Hábitat, y la Agencia de abordajes de consumos problemáticos para garantizar la continuidad de los cuidados en situaciones de alta complejidad.

Objetivos

- *Objetivo General:* Instituir un dispositivo territorial que promueva el fortalecimiento de los lazos comunitarios para el acompañamiento de personas gestantes y recién nacidos.
- *Objetivos Específicos:*
    - Socializar información técnica y legal sobre derechos sexuales y reproductivos, con énfasis en la Ley de Parto Respetado.
    - Fomentar la construcción de redes de autogestión y solidaridad entre las personas gestantes del barrio.
    - Promover la cercanía entre los equipos profesionales y la comunidad mediante prácticas de cuidado de proximidad.
    - Promover acciones de prevención primaria y detección temprana de señales de alarma durante el proceso gravídico-puerperal.

Metodología y Estructura del Dispositivo.

El dispositivo se organiza en encuentros semanales de dos horas de duración, utilizando técnicas participativas y lúdico-expresivas:

- Eje de Preparación para el Nacimiento: Uso de *role-playing* ("Llegué a la guardia"), ejercicios de esferodinamia y visitas guiadas a la Maternidad Martin para reducir la alienación del entorno hospitalario.

- Eje de Soberanía Alimentaria y Cuidado: Taller "Plato saludable con lo que tenemos a mano", donde se analizan los recursos locales (comedores, huertas) y las dimensiones simbólicas de las comidas si las hubiera.
- Eje de Puerperio y Lactancia: Espacios de consejería sobre lactancia materna, anticoncepción post-evento obstétrico (APEO) y prevención de la violencia, bajo la articulación de puericultoras y trabajadoras sociales.
- Eje de Salud Mental y Redes de Sostén: Implementación de "Círculos de Palabra" para el abordaje del puerperio real y la creación de grupos de apoyo digitales (WhatsApp) moderados por promotores de salud.

Recursos y Viabilidad.

La propuesta se caracteriza por su alta viabilidad y pocos recursos económicos, optimizando los recursos humanos existentes (equipos de APS) y la infraestructura comunitaria (SUM, comedores). Los insumos materiales se gestionan mediante la triangulación entre la Dirección de APS y donaciones de la sociedad civil, promoviendo el compromiso de los actores locales.

Sistema de Evaluación e Indicadores.

La eficacia del dispositivo se medirá a través de indicadores de impacto sanitario y social:

- Porcentaje de asistentes con controles prenatales adecuados (4 o más).
- Tasa de prevalencia de lactancia materna exclusiva al primer mes.
- Frecuencia de consultas evitables en guardias de segundo nivel.

- Número de derivaciones oportunas ante señales de alarma detectadas en el territorio.
- Salud mental, puerperio, red de sostén círculo de palabra: "Qué nadie te dice del posparto".
- Signos de alarma del recién nacido, vacunas, RCP.Calendario de vacunas.
- Entrega de cajas de "Bienvenidos/as al barrio" armada por organizaciones sociales: ropa, pañales

Recursos materiales

Para la ejecución de los talleres y las instancias de encuentro socio comunitario, se prevé la movilización de recursos diferenciados según su función pedagógica, lúdica, terapéutica e institucional, detallados a continuación:

Categoría Analítica	**Recursos y Materiales Operativos**
Infraestructura y Soporte Institucional	Aula o espacio físico comunitario, mobiliario adaptado (mesas y sillas) y soporte tecnológico para la proyección de material audiovisual (proyector multimedia).
Insumos Didácticos y de Registro	Materiales de librería para la co-construcción de saberes: afiches, lápices, marcadores de fibra, fotocopias y cintas adhesivas.
Dispositivos Lúdico-Pedagógicos y Corporales	Elementos de estimulación sensorio-motriz y corporal: telas, pelotas, muñecos, música

	(musicoterapia) y colchonetas/elementos para la práctica de yoga.
Herramientas de Activación Expresiva e Identitaria	Recursos narrativos y visuales: relatos locales, registros fotográficos, muestra fotográfica itinerante del CAMeT y banderas alusivas a la defensa del parto respetado.
Material Terapéutico y de Demostración	Mobiliario específico para el ejercicio y simulación de derechos obstétricos: banco de parto y elementos anatómicos/simuladores de apoyo.

Reflexiones finales.

En la primera instancia de este trabajo integrador final, podemos identificar la violencia obstétrica cómo violencia de género y el modelo médico hegemónico opera como un dispositivo de control y regulación de los procesos biofisiológicos de salud, cuya praxis se vincula de modo estrecho con la violencia obstétrica (Menéndez, 2003). Este modelo, al imponerse, subordina los saberes tradicionales y ancestrales para anteponer la racionalidad biomédica, determinando los modos de intervención institucionales durante el parto y el nacimiento; sumado a la validación social que le brinda autoridad máxima en el tema y sustentandose en la cultura patriarcal preponderante. Donde las prácticas de los profesionales y trabajadores de la salud quedan subordinadas a una lógica defensiva. Al ampararse en la inminencia de supuestos riesgos para la salud de la mujer y el recién nacido, la institución biomédica opera bajo un sesgo de alerta permanente que justifica la hiper medicalización y obtura la autonomía de los sujetos y bajo la justificación tecnocrática del riesgo perinatal, las prácticas corporativas de salud suelen sobreponerse a las recomendaciones científicas y a la legislación vigente y sobre todo a la participación activa como sujetas/os de derechos a las mujeres, personas gestantes y sus familias.

Por su parte, el análisis de las normativas de salud sexual y reproductiva, parto respetado y violencia de género evidencian que los tratos violentos e indignos hacia mujeres y personas gestantes responden a un sesgo estructural de género. Esto expone la persistencia de una cultura médica paternalista y autoritaria, caracterizada por la asimetría vincular, donde la/el paciente queda subordinado al personal de salud y la naturalización de intervenciones rutinarias y estandarizadas carentes de justificación clínica, tanto formales como informales (Castrillo, 2020).

Frente a esta coyuntura, el ordenamiento jurídico proteccional busca reconceptualizar este proceso, desplazando la relación profesional-gestante del ámbito de la "privacidad médico-paciente" hacia la esfera pública. Este giro normativo propicia la rendición de cuentas institucional ante las falencias de los servicios sanitarios y vincula directamente las experiencias de violencia en el parto con la violencia de género, erigiéndolas en problemáticas prioritarias de salud pública y derechos humanos. (Ley 26.485, 2009).

En el contexto argentino, un hito fundamental lo constituye la Ley 25.929 (2004) de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento, conocida como Ley de Parto Respetado, reglamentada mediante el Decreto Nº 2035 (2015). Esta normativa inauguró una serie de estrategias estatales orientadas a regular la atención médica de los partos de bajo riesgo bajo el paradigma de la humanización. Si bien existen guías clínicas para la implementación del modelo de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (Ministerio de Salud de la Nación, 2011), su despliegue efectivo es aún insuficiente.

El modelo propuesto exige transformaciones de índole organizacional, de infraestructura y de perspectiva de derechos que colisionan con las construcciones estructurales del sistema sanitario, el régimen hospitalario y la formación médico-obstétrica tradicional.

En los últimos años, la gestión del gobierno nacional encabezada por el presidente Javier Milei implementó políticas fiscales y modificaciones presupuestarias que afectaron de manera indirecta la aplicación de la Ley 25.929 (2004), alterando el entorno del nacimiento y el régimen de licencias laborales. La Ley de Parto Humanizado, que garantiza el derecho a la información, el apoyo a la lactancia y el cuidado del recién nacido, se complementa con la denominada "Ley de los 1000

Días" (Ley 27.611, 2021), la cual sufrió severas modificaciones directas. Entre ellas se destacan la interrupción de políticas de promoción de la lactancia exclusiva con la suspensión de capacitaciones y la entrega de kits y el desabastecimiento temporal de fórmulas de inicio e insumos críticos en efectores públicos debido a los recortes y auditorías en el Ministerio de Salud de la Nación. En el campo de salud es menester mencionar que el gobierno de Javier Milei concretó la salida de la Argentina de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En materia laboral, el Decreto de Necesidad y Urgencia [DNU] Nº 70 (2023) modificó la Ley de Contrato de Trabajo respecto a la licencia por maternidad. Aunque se preservó el total de 90 días pagos, se flexibiliza el piso mínimo de descanso prenatal, permitiendo a la persona gestante trabajar hasta 10 días antes del parto y acumular el saldo para el período postparto, reduciendo el piso anterior que exigía un mínimo de 30 días previos, se suprimieron las indemnizaciones agravadas por despido durante el embarazo o la licencia. A nivel de prevención, la eliminación del Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA) y la discontinuidad centralizada en la provisión de anticonceptivos y consejerías obstaculizaron el acceso a controles prenatales tempranos, fundamentales para la planificación de un parto respetado.

A nivel subnacional y local, la reducción de las transferencias discrecionales hacia las provincias obligó a los ministerios de salud provinciales a absorber costos operativos en un contexto de restricción financiera. En la provincia de Santa Fe, esto derivó en la suspensión de nombramientos de personal especializado (parteras, obstetras y enfermeros/as), limitando la capacidad de brindar una atención personalizada y respetuosa de los tiempos biológicos. (Sindicato de Profesionales de la Universidades Sanidad [Siprus], 2024). Ante el colapso de los servicios por

carencias de recursos humanos y edilicios, los equipos médicos han denunciado dificultades para sostener los protocolos de baja intervención, viéndose compelidos a recurrir a la medicalización apresurada (como el goteo de oxitocina sintética) para acelerar la rotación de camas.(Asociación de Obstetricia de Santa Fe, 2025). En la ciudad de Rosario, este escenario se agudizó por la pérdida del empleo formal y el incremento en los costos de las empresas de medicina prepaga, variables que provocaron una migración masiva de usuarias hacia el subsector público municipal y provincial. El consecuente hacinamiento de las salas de preparto ha vulnerado los estándares de intimidad, silencio y acompañamiento continuo que la ley prescribe.

El Trabajo Integrador Final (TIF) se fundamenta en la necesidad científica y social de aportar elementos teóricos que permitan tensionar las prácticas de atención institucionalizada del parto desde un enfoque de derechos. El objetivo es visibilizar y repensar la condición de las mujeres y personas gestantes, transitando de su conceptualización como meros objetos de intervención biomédica hacia su reconocimiento pleno como sujetos de derechos, problematizando el paradigma hegemónico de tecnificación y medicalización.

Asumiendo la problemática abordada como una violación a los Derechos Humanos y una expresión de la violencia de género, este proyecto propone el diseño y construcción de un dispositivo territorial de salud comunitaria. Este espacio estará orientado a la visibilización y desnaturalización de las prácticas violentas de atención en salud, restituyendo al embarazo y parto su dimensión ontológica como un hecho eminentemente cultural y político. Esta estrategia asume como imperativo ético-político.

Desde la matriz disciplinar del Trabajo Social, la intervención se sitúa en la densidad de "lo social", categoría que Nogueira y Savino (2020) recuperan de Cazzaniga que

delimita el conjunto de condiciones materiales y simbólicas que articulan la producción y reproducción de la vida colectiva, tensionada históricamente por la cuestión social. En diálogo con los aportes de Ander-Egg (1996), se asigna a la profesión una función de concientización y movilización social, orientada a instituir a los sujetos como actores activos en la co-construcción de proyectos políticos orientados a la superación de las estructuras de dominación y marginalidad.

Faleiros (2003) sostiene que el objeto de intervención del Trabajo Social no es un dato a priori, sino una construcción socio-histórica que se configura en la intersección de las relaciones sujeto/estructura y usuario/institución. Desde esta perspectiva, el profesional debe articular estrategias integrales destinadas a redefinir trayectorias subjetivas y potenciar el capital organizativo de los sectores subalternizados, reconociendo que la inclusión y la conquista de derechos se tramitan, recurrentemente, a través de la formalización del conflicto institucional.

Concluimos que la violencia institucional sedimentada en las organizaciones de salud responde a lógicas verticalistas y a una rutinización burocrática de prácticas que vulneran sistemáticamente los derechos humanos fundamentales (Castrillo, 2020).

El abordaje de esta problemática requiere de manera inapelable la implementación de dispositivos orientados al fortalecimiento y empoderamiento de la población, articulados transversalmente con un enfoque de género y de derechos en la totalidad de los niveles de atención sanitaria.(Ander-Egg, 1996)

Como uno de los objetivos específicos de este trabajo nos propusimos describir las políticas públicas y los dispositivos institucionales presentes en el territorio de La Lagunita y el Cañaveral destinados a mujeres y personas gestantes y pudimos relevar a nivel nacional, provincial y local las políticas que, aún pese a la ola de

recortes y desfinanciamiento sobre todo en materia de salud, género y violencia por motivos de género, siguen vigentes. Así mismo no pudimos identificar el acceso efectivo de la población ni la implementación de los dispositivos en La Lagunita y El Cañaveral.

Al indagar acerca de las problemáticas que atraviesan las mujeres y personas gestantes en relación al parto respetado y la violencia obstétrica en el territorio, pudimos comprender que las distintas vivencias en relación a la vulneración de derechos (otros) posiblemente haga que la población deje en un plano inferior los cuestionamientos acerca de estas problemáticas, presentando un desafío a las/os profesionales, instituciones y organizaciones en relación a cómo, por qué, con quiénes y para qué abordarlo y de qué manera hacerlo desde lo comunitario recogiendo e interpretando las necesidades que expresan las distintas voces.

En otro sentido, al querer identificar los conocimientos, prácticas y perspectivas que poseen las y los trabajadores de las instituciones respecto del parto respetado y la violencia obstétrica, consideramos que existe escasa información circulando institucionalmente y que la que hay no llega a imponerse en los equipos o profesionales ya que no se demuestra activamente el interés o movilización por estos temas pero notamos una diferencia en relación a la temática de IVE/ILE que sí llega a conformarse en un tema de abordaje activo, problematización y discusión.

La intención de proponer un dispositivo en territorio, además de propiciar un espacio comunitario, invita a las instituciones y a sus profesionales y trabajadores/as a la posibilidad de sumarse activamente, de acuerdo a su adhesión y la disponibilidad y compromiso para llevar adelante, participar y compartir en los encuentros podremos conocer sus aportes a garantizar el parto respetado y evitar la violencia obstétrica.

Como futuras profesionales del Trabajo Social, y desde un posicionamiento ético-político, entendemos que indagar acerca de los modos en que el personal de ambas instituciones contribuye a garantizar el derecho al parto respetado y a prevenir situaciones de violencia obstétrica forma parte del ejercicio profesional enmarcado en la normativa vigente.

Asimismo, promover espacios comunitarios que fortalezcan los lazos sociales y recuperen los saberes ancestrales desde una perspectiva de derechos humanos constituye una incumbencia propia de la profesión, en consonancia con los principios establecidos en la Ley Federal de Trabajo Social 27.072 (2014).

Consideramos que cuando el estado concreta la salida del país como Argentina de la Organización Mundial de la Salud, regula, financia y audita hospitales, la distribución del poder sobre los cuerpos es política. El parto muestra cómo intervenimos frente al dolor, la vulneración, la autonomía y el cuidado. La mirada del trabajo social puede estar identificando vestigios de poder en torno al parto y su carácter político.

El aporte del trabajo social junto a otras disciplinas es leer el análisis institucional, visibilizar tensiones y disputas en torno a la violencia obstétrica y sus expresiones en el territorio para convertir las situaciones individuales en procesos colectivos.



Participación de CAMeT - Marcha 8M, 2019, Rosario, Argentina.

Referencias.

Ander-Egg, E. (1996). *Aportes para la problemática del Trabajo Social*. Lumen Humanitas.

Aprobación de la reglamentación de la Ley Provincial N° 13.634, de adhesión provincial a la Ley Nacional N° 25.929 "Ley de Parto Humanizado". (4 de noviembre de 2019). Sistema Argentino de Información Jurídica (SAIJ). https://www.saij.gob.ar/

Argentina. (2004, 17 de septiembre). Ley Nº 25.929. Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento.. B.O. Nº 30.508.

Argentina. (2009, 11 de marzo), Ley Nº 26.485. Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.. B.O. Nº 31.632.

Argentina. (2014). Ley N.º 27.072. Ley Federal de Trabajo Social. Boletín Oficial de la República Argentina.

Argentina. (2021, 15 de enero). Ley N° 27.611. Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia.. Boletín Oficial de la República Argentina Nº 34.562.

Asociación de Obstetricia y Ginecología de Rosario [ASOGIR]. (s.f.). https://asogir-rosario.com.ar

Aused, C. (Octubre, 2023). *Derechos sexuales y reproductivos en la Red de Salud Pública Municipal de la ciudad de Rosario. Análisis del Centro de Salud Henry Dunant*. Universidad Nacional de Rosario. https://rephip.unr.edu.ar/

Avalis, R. (2025, 7 de septiembre) Los centros de salud y hospitales de Rosario atienden a un promedio de 1.718 pacientes nuevos por mes. *El Ciudadano*.

https://elciudadanoweb.com/los-centros-de-salud-y-hospitales-de-rosario-atienden-a-un-promedio-de-1-718-pacientes-nuevos-por-mes/

Booth, C. (1889-1903). *Life and labour of the people in London* (8 vols.). Macmillan.

Bourdieu, P. (1989). La ilusión biográfica. *Historia y Fuente Oral*, (2), 27–33.

Bourdieu, P. (2012). *La distinción: Criterio y bases sociales del gusto*. Taurus. (Obra original publicada en 1979).

Burwiel, P., Maldonado, M. y Terreno, B. (2024). Pensar la producción de salud desde el trabajo social: Intersecciones entre el rol profesional y la salud colectiva. *Debate Público*, (27).

Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan: Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Paidós.

Caicedo-Muñoz, S., Mosquera Sánchez, L. L., Rojas, H., Escobar Antia, L., Pérez Domínguez, V., Barreto, A. S. (póstuma), y Esperanza Arellano, O. I. (s.f.) Guía metodológica para círculo de mujeres: Atención a mujeres víctimas de violencia basada en género. Universidad de San Buenaventura, Cali; Fundación Paz y Bien; Universidad de Guadalajara.

Carballeda, A. J. M. (2016). El enfoque de derechos, los derechos sociales y la intervención del Trabajo Social. Margen, 82, 1-12.

Castrillo, B. (2020). Parir entre derechos humanos y violencia obstétrica. Aproximación conceptual y análisis del reciente posicionamiento de la Organización de las Naciones Unidas. *Revista Encuentros Latinoamericanos*, IV(1). https://ri.conicet.gov.ar/

Castrillo, B. (2020). *Violencia obstétrica e institucional: Prácticas rutinarias y vulneración de derechos en la atención del parto*. Editorial Científica Universitaria.

Cazzaniga, S. (2020). *Intervención profesional en Trabajo Social. Dimensiones y perspectivas en debate*. Espacio Editorial.

Cazzaniga, S. (2020). La intervención profesional de las y los trabajadores sociales. Posiciones y problematizaciones para el debate. En D. González (Comp.), *Actuaciones profesionales en trabajo social*.

Centro Rosarino de Estudios Perinatales [CREP]. (s.f.). *Nosotros.* https://crep.org.ar

Ciarniello, M. C. (2024, 20 de abril). Cuando la política pública transforma el barrio. Enredando. https://www.enredando.org.ar/2024/04/20/cuando-la-politica-publica-transforma-el-barrio/

Colectivo Juguetes Perdidos. Barttolotta, L., Sarrias Alier, G. y Gago, I. (2016). *Quien lleva la gorra: violencia, nuevos barrios y pibes silvestres.* (2a ed.).

Concejo Municipal de Rosario. (2008). *Ordenanza N° 8.333: Establécese con carácter permanente la celebración de la "Semana del Parto Respetado" en la ciudad de Rosario*. Municipalidad de Rosario.

Congreso de la Nación Argentina. (s.f.). *Proyecto de Ley Cuidar en Igualdad: Hacia el reconocimiento de los cuidados como una necesidad, un trabajo y un derecho para un desarrollo con igualdad para todas, todes y todos para la creación del Sistema Integral de Políticas de Cuidados de Argentina (SINCA).*

Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro. (2015, 11 de noviembre). *Violencia obstétrica: Las crueles experiencias que viven cada día miles de mujeres*. CLACAI. https://clacai.org/noticias/violencia-obstetrica-las-crueles-experiencias-que-viven-cada-dia-miles-de-mujeres/

Damián. (2008, 11 de marzo). Presentan un corto rosarino sobre salud reproductiva. Rosario3. https://www.rosario3.com/noticias/Presentan-un-corto-rosarino-sobre-salud-reproductiva-20080310-0040.html

Da Silva, F. (2025, 17 de mayo). Violencia obstétrica: los números en Argentina y qué dice la ley. Corta. https://corta.com/politica/violencia-obstetrica-numeros-argentina-dice-ley-n26222

De Souza Minayo, M. C. (Org.). (2004). *Investigación social: Teoría, método y creatividad*. Lugar Editorial.

Doulas de Rosario. (2008, 18 de diciembre). Ordenanza municipal: "Semana del Parto Respetado". *Doulas de Rosario Info*. http://doulasderosariotextos.blogspot.com/2008/12/ordenanza-municipal-semana-del-parto.html

El Ciudadano. (2026, 6 de marzo). Qué es el Plan Mil+65 que anunció el intendente en el Concejo y está destinado a los niños y adultos mayores. https://elciudadanoweb.com/que-es-el-plan-mil65-que-anuncio-el-intendente-en-el-concejo-y-esta-destinado-a-los-ninos-y-adultos-mayores/

Faleiros, V. de P. (2003). *Estrategias en Trabajo Social*. Cortez Editora.

Felitti, K. A. (2004-2005). La política demográfica del tercer gobierno peronista: justificaciones, repercusiones y resistencias a las restricciones al control de la natalidad (1973-1976). *Trabajos y Comunicaciones*, (30-31). http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/

Ferrara, M. (2016). *Sobre mi cuerpo, yo decido : la excepcionalidad del caso de la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Dr. Roque Sáenz Peña de la ciudad de Rosario.* Universidad Nacional de Rosario. http://hdl.handle.net/2133/8905

Fundación Huésped. (s.f.). ¿Qué son los derechos sexuales y reproductivos? https://huesped.org.ar/informacion/derechos-sexuales-y-reproductivos-info

Gamba, S. B. (Coord.). (2023). *Nuevo diccionario de estudios de género y feminismos*. Biblos.

Gobierno de Santa Fe. (2017, 15 de junio). Lifschitz participó de la inauguración de la renovada Área de Atención Integral de la Mujer del Hospital Roque Sáenz Peña de Rosario. (15 de junio de 2017). *Noticias del Gobierno de Santa Fe*. https://www.santafe.gob.ar/noticias/noticia/imprimir/257675/

Gobierno de Santa Fe. (2021, 22 de diciembre). La provincia inauguró un salón de usos múltiples en barrio “El Cañaveral” de Rosario. https://www.santafe.gob.ar/noticias/noticia/273446/

Gómez-Muñoz, J. A., González-Ortiz, D. A., Sotelo-Zarate, M. J. y Martínez-Marciales, A. (2019). La cartografía social (mapeo colectivo) en un mundo globalizado: diagnóstico y reconocimiento del territorio y la problemática ambiental en el municipio de Cimitarra-Santander. *Revista de Ciencia Tecnología Sociedad y Ambiente, 11*(17), 1-22. https://revistas.unipaz.edu.co/index.php/revcitecsa/article/view/190

Google. (2026). *Barrio La Lagunita, [Rosario,Santa Fe]* [Mapa]. Google Maps. https://www.google.com/maps

Google. (2026).El Cañaveral*, [Rosario,Santa Fe]* [Mapa]. Google Maps. https://www.google.com/maps

Grassi, E. (2003). *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame (I)*. Espacio Editorial.

Gutman, F. (s.f.). *Violencia obstétrica: el parto es un hecho político* [Ilustración]. Revista Anfibia. https://www.revistaanfibia.com

Hernández Sampieri, R. y Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill.

Iamamoto, M. V. (1997). *Servicio Social y división del trabajo: Un análisis crítico de sus fundamentos*. Cortez Editora.

Jiménez Rodríguez, J. M. y Munuera Gómez, P. (2024). La técnica del mapeo en Trabajo Social Sanitario: estudio de casos. *European Public & Social Innovation Review, 9*, 1-16. https://doi.org/10.31637/epsir-2024-1353

Kleba Lisboa, T y Lolatto, S. (2013). *Políticas públicas con transversalidad de género. Rescatando la interseccionalidad y la iterdisciplinariedad en el Trabajo Social.* Cuadernos del Trabajo Social. 26(2) 409-419.

La Capital. (2026, 5 de marzo). Qué es el Plan 1000+65 que anunció Javkin: la lupa en los primeros días de vida y la vejez en Rosario. https://www.lacapital.com.ar/la-ciudad/que-es-el-plan-100065-que-anuncio-javkin-la-lupa-los-primeros-dias-vida-y-la-vejez-rosario-n10247713.html

Levin, S. (2013). El género en las políticas públicas: ¿una opción o una obligación?. Cátedra Paralela, 10. https://doi.org/10.35305/cp.vi10.134

Madoery, O. (2022). La configuración espacial de la desigualdad. *Lavoratorio*, 32. 1, 12.

Mateo, N. (2017). Los debates conceptuales respecto de la salud sexual y reproductiva: ¿un problema de derechos humanos?. Trabajos y Comunicaciones, 46, e040. https://doi.org/10.24215/23468971e040

Matus, C. (1987). *Planificación y Gobierno*. Organización Panamericana de la Salud.

Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Salud Colectiva*, 1(1), 9-32.

Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación. (2022, 12 de abril). Se presentó la Ley de 1000 días en Rosario. *Argentina.gob.ar*.

https://www.argentina.gob.ar/noticias/se-presento-la-ley-de-1000-dias-en-rosario

Ministerio de Salud de la Nación. (2020). Ley 27.611: *Plan de los 1000 Días*. https://www.argentina.gob.ar/salud/1000dias

Misiones Cuatro. (2026, 14 de mayo). Alerta por aumentos de cesáreas y denuncias por violencia ginecobstétrica en Argentina. https://misionescuatro.com/nacionales/alertan-por-el-aumento-de-cesareas-y-denuncias-por-violencia-ginecoobstetrica-en-argentina/#google_vignette

Montoya, V., García, A. y Ospina, C. A. (2014). Voces y silencios del territorio: el mapeo colectivo como herramienta de investigación social. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social, 4*(7), 190-202.

Municipalidad de Rosario. (2026). *Cuidado y bienestar: Plan Mil+65*. Rosario.gob.ar. https://www.rosario.gob.ar/inicio/cuidado-y-bienestar

Municipalidad de Rosario. (2026, 21 de mayo). Parto respetado: el municipio acompaña y garantiza los derechos de más de 6.100 gestantes al año. RosarioNoticias. https://www.rosarionoticias.gob.ar/page/noticias/id/677755/title/Parto-Respetado%3A-el-municipio-acompa%C3%B1a-y-garantiza-los-derechos-de-m%C3%A1s-de-6.100-gestantes-al-a%C3%B1o

Municipalidad de Rosario. (2025, 19 de mayo). Con actividades territoriales el municipio celebra la Semana del Parto Respetado. RosarioNoticias. https://mail.rosarionoticias.gov.ar/page/noticias/id/577368/title/Con-actividades-territoriales-el-municipio-celebra-la-Semana-del-Parto-Respetado

Municipalidad de Rosario. (2025, 7 de marzo). Se presentaron las actividades anuales de los centros cuidar. *Rosario Noticias*.

https://rosarionoticias.gov.ar/page/noticias/id/557671/title/Se-presentaron-las-actividades-anuales-de-los-centros-Cuidar

Municipalidad de Rosario, Secretaría de Salud Pública & Secretaría de Desarrollo Humano y Hábitat. (2024). Parto respetado y maternidades seguras. *Rosario.gob.ar*. https://www.rosario.gob.ar/web/servicios/salud/prevencion-y-promocion/salud-integral-de-la-mujer/parto-respetado-y-maternidades

Nogueira, M. C. y Savino, G. A. (2025). *La intervención del trabajo social en el campo de la salud. Apuntes para la introducción a la mirada compleja.* En G. S. López y V. Michelli (Coord.) Para pensar la salud colectiva (pp.89-98). Facultad de Trabajo Social, UNLP.

NotiRegional. (2025, 22 de octubre). Rosario: Infancias: el municipio conmemora los 20 años de la ley 26.061. https://www.notiregional.com/inicio/noticia/1768/Infancias-el-municipio-conmemora-los-20-aos-de-la-ley-26061.html

Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva [OSSyR]. (s.f.). *Línea de tiempo en salud sexual y reproductiva*. https://ossyr.org.ar/linea-de-tiempo/

ONU Mujeres. (2025). El derecho al cuidado en América Latina y el Caribe: avances normativos. https://lac.unwomen.org/es/digital-library/publications/2025/12/el-derecho-al-cuidado-en-america-latina-y-el-caribe-avances-normativos

OpenAI. (2026). GPT-5.20 (Versión de mayo de 2026) [Modelo de inteligencia artificial]. https://chat.openai.com

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014, 14 de septiembre). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto*

en centros de salud. https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-14.23

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. Ediciones de la OMS.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021, 16 de junio). *Las tasas de cesáreas siguen aumentando, en medio de crecientes desigualdades en el acceso*. https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access

OVO Argentina y Campaña Nacional contra la Violencia Ginecobstétrica. (2024). La voz de las expertas: Informe del relevamiento de atención ginecobstétrica en Argentina.

Página/12. (2026, 15 de abril). Un ajuste que preocupa en la salud rosarina. https://www.pagina12.com.ar/2026/04/14/un-ajuste-que-preocupa-en-la-salud-rosarina/

Silva Paim, J (2020) “El objeto y práctica de la salud colectiva: ¿el campo de-
manda un nuevo profesional” en “Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXXI "de la UNLa - Universidad Nacional de Lanús.

Pausa. (2026, 9 de febrero). El vaciamiento de las políticas de género en Santa Fe. https://www.pausa.com.ar/2026/02/el-vaciamiento-de-las-politicas-de-genero-en-santa-fe/

Petracci, M. y Ramos, S. (2006). *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en Argentina: aportes para comprender su historia*. En M. L.

Femenías y A. M. González (Eds.), Salud, derecho y sociedad (pp. 95-130). FLACSO Argentina.

Poder Ejecutivo Nacional. (2015, 9 de octubre). Decreto Nº 2035/2015: Por el cual se reglamenta la Ley Nº 25.929 de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento.. B.O. Nº 33.221.

Poder Ejecutivo Nacional. (2023, 20 de diciembre). Decreto de Necesidad y Urgencia Nº 70 de 2023: Bases para la reconstrucción de la economía argentina. B.O. Nº 35.326.

Poder Ejecutivo Nacional. (1986, 5 de diciembre. Decreto N° 2274/1986: Promoción de acciones para mejorar la salud de la madre y del niño y fortalecer y desarrollar la familia. B.O.

Puntual. (2026, 14 de mayo). En Argentina, más del 40% de los nacimientos ocurre por cesárea, triplicando lo recomendado por la OMS. https://www.puntal.com.ar/en-argentina-mas-del-40-los-nacimientos-ocurre-cesarea-triplicando-lo-recomendado-la-oms-n257622

Rivera, E. (s.f.). *La formulación y diseño de los procesos de investigación social cualitativos*. Universidad de Granada. https://www.ugr.es/~erivera/PaginaDocencia/Posgrado/Documentos/DisenoInvestigacion.pdf

Rosario3. (2024, 18 de mayo). Semana del Parto Respetado: decidir cómo dar a luz y criar en Rosario. https://www.rosario3.com/salud/Semana-del-Parto-Respetado-decidir-como-dar-a-luz-y-criar-en-Rosario-20240515-0045.html

Rosario Noticias. (2026, 16 de marzo). Los centros Cuidar arrancaron el ciclo 2026 sumando a niñas y niños de 2 años. *Rosarionoticias.gob.ar*.

https://www.rosarionoticias.gob.ar/page/noticias/id/658361/title/Los-centros-Cuidar-arrancaron-el-ciclo-2026-sumando-a-ni%C3%B1as-y-ni%C3%B1os-de-2-a%C3%B1os

Rosario Noticias. (2026, 5 de marzo). Contra la indiferencia: el intendente anunció la implementación del Plan Mil+65. *Rosarionoticias.gob.ar*. https://www.rosarionoticias.gob.ar/page/noticias/id/655972/title/Contra-la-indiferencia:-el-intendente-anunci%C3%B3-la-implementaci%C3%B3n-del-Plan-Mil+65

Rosario Noticias. (s.f.). Con actividades territoriales la Municipalidad celebra la Semana del Parto Respetado. *Rosarionoticias.gob.ar*. https://www.rosarionoticias.gob.ar/page/noticias/id/577368/title/Con-actividades-territoriales-la-Municipalidad-celebra-la-Semana-del-Parto-Respetado

RosarioPlus. (2026, 5 de marzo). Plan Mil+65: acompañamiento desde la cuna hasta la vejez. https://www.rosarioplus.com/actualidad/politica/plan-mil-65--acompanamiento-desde-la-cuna-hasta-la-vejez_a69a9e0f0cae126e472c44469

Rosenstein, C. (2008). *El programa Rosario Hábitat y la integración como factor de mejora en la calidad de vida. El caso del asentamiento "La Lagunita"*. Estudios del Hábitat, 10, pp. 59-73. https://revistas.unlp.edu.ar/Habitat/issue/view/291

Rovere, M. (1993). *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. Organización Panamericana de la Salud.

Samaja, J. (2016). Epistemología y metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica. 4ta ed. Eudeba.

Subsecretaría de Derechos Humanos. (2017, 5 de mayo). Violencia Obstétrica: defendé tus derechos. [Nota de prensa] . *Argentina.gob.ar*. https://www.argentina.gob.ar/noticias/noticias/violencia-obstetrica-defende-tus-derechos

Testa, M. (1995). *Pensar en salud*. Lugar Editorial.

UNICEF. (Junio, 2012). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia [MSCF] con enfoque intercultural. Un nuevo modelo integrado* (2.ª ed.). https://www.unicef.org/argentina/

Valero, J. L., Llorca, À. y Gómez-Escalonilla, G. (2014). Visualización de la información: una propuesta de análisis gráfico. *Estudios sobre el Mensaje Periodístico, 20*(1), 487-503.

Vasilachis de Gialdino, I. (coord.). (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa.

Zamarreño, F. (2025). Entre lapiceras y drones, ¿cuál es el sentido actual del registro escrito en Trabajo Social? *Teresa Vigetti: Revista de Trabajo Social*, 1(1). https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar/

Zampani, R. (2021). La clave está en el territorio: conceptos y herramientas para analizar políticas sociales urbanas. UNR Editora.

Anexo.

Figura 1 - Representación visual que invita a participar de la charla informativa sobre parto respetado.



Nota: Imagen generada con el modelo GPT-5.2 de OpenAI (2026), utilizando el prompt: "Folleto de invitación a hablar de parto respetado desde el centro cuida la lagunita y centro de salud luchemos por la vida".

Figura 2 - Representación visual de la convocatoria para el diálogo sobre el parto respetado a las instituciones sociales del barrio



Nota: Imagen generada con el modelo GPT-5.2 de OpenAI (2026), utilizando el prompt: "Convocatoria a las organizaciones sociales del territorio".

Figura 3 - Representación visual del “Juego de la Oca del Parto Respetado”



Nota: Imagen generada con el modelo GPT-5.2 de OpenAI (2026), utilizando el prompt: "Juego de parto respetado como el juego de la oca".

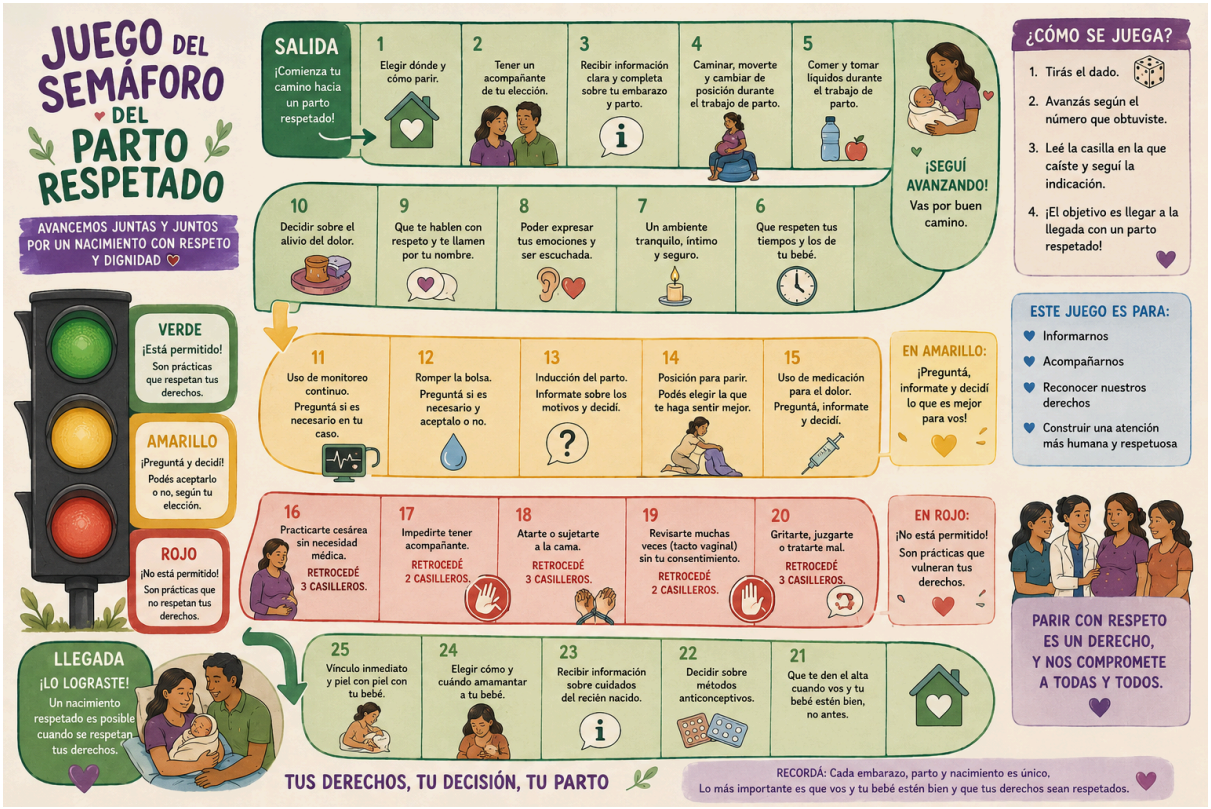
Figura 4 - Representación visual del itinerario de los cuidados



Nota: Imagen generada con el modelo GPT-5.2 de OpenAI (2026), utilizando el prompt: "Diseñá un camino con estas preguntas: si decido maternar, a donde voy

primero a preguntar, segundo que puedo pedir en el centro de salud pone opciones ecografías, ácido fólico, sub beta, tercero cada cuanto voy, cuarto quien me acompaña, quien me espera, sexto donde terminan mis controles ahi dibujar una maternidad ".

Figura 5 - Representación visual del “Juego del Semáforo del Parto Respetado”



Nota: Imagen generada con el modelo GPT-5.2 de OpenAI (2026), utilizando el prompt: "Juego del semáforo con lo que está permitido y no del parto respetado".

Fechas importantes: Algunas efemérides relacionadas al tema para trabajar con las instituciones, organizaciones y la comunidad.

- *5 de Mayo* Día de la Partera.

- *3er semana de Mayo* Semana Mundial del Parto Respetado.

- *28 de Mayo*: Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres/ Día de la Higiene Menstrual.

- Del *1 al 7 de Agosto* Semana de la Lactancia.

- *25 de Agosto* Sanción de la Ley de Parto Humanizado.

- *31 de Agosto* Día internacional de la Obstetricia y de la Embarazada.

- *4 de septiembre* Día Mundial de la Salud Sexual.

- *17 de Noviembre* Día Mundial del Prematuro.