

## Procesos de Autoatención. Reflexiones en torno a la Capacitación en Servicio

Por Amalia Vázquez y Dolores García

**Amalia Vázquez y Dolores García.** Lic. en Trabajo Social. Residentes de Nivel III de Servicio Social sede Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú

### Introducción

En el presente trabajo nos proponemos reflexionar acerca del Proceso de Capacitación en Servicio, a partir de la categoría de Autoatención, en el marco de la Residencia de Servicio Social, sede del Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú, durante el período 2009-2012.

Dicho proceso de Capacitación en Servicio, a partir de sus instancias formativas, aportó en la construcción del perfil profesional y promovió la reflexión permanente acerca de las implicancias que atraviesan el proceso de salud-enfermedad- atención desde una concepción integral de salud. De este modo, formar parte de la residencia durante estos años, permitió, desde un análisis crítico, interiorizarnos respecto a los debates, las tensiones, contradicciones y desafíos que se ponen en juego en el campo de la salud; permitiéndonos, en términos de potencial aporte, promover instancias de visibilización y problematización de saberes y prácticas instaladas, a nivel hospitalario, tendientes a generar procesos de rupturas que permitan trascender el “fenómeno concreto de enfermar”, para dar cuenta de la integralidad en el proceso de salud. Es así que adquiere relevancia la categoría de Autoatención, en tanto forma de atención de los padecimientos, y su necesaria incorporación, para construir modalidades de atención que sean más representativas para los sujetos y grupos, siendo los servicios de salud, un agente más dentro de la “carrera del enfermo” (Menéndez, E. 2010) en su núcleo de la Autoatención.

En relación al contenido, el presente trabajo consta de una fundamentación, en la cual se da cuenta de la relevancia que adquiere la categoría de Autoatención en el marco del Proceso de Capacitación en Servicio y se explicita el objetivo propuesto; posteriormente, en el desarrollo, se dará cuenta de las categorías centrales que sustentan el trabajo realizado, para luego arribar, a partir de retomar relatos de experiencias abordadas en el marco de la intervención profesional, a un proceso de análisis y reflexión de dichas intervenciones desde la Categoría de Autoatención.

En este sentido se retomarán cuatro experiencias desarrolladas en los siguientes espacios, acordes al nivel de rotación:

De nivel 1, la Sala de Internación de Clínica Médica; de nivel 2, el Servicio de Pediatría del CeSAC N°33 y el Servicio de Obstetricia del Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez y; de nivel 3, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR).

Por último, se realizarán las reflexiones finales, a modo de integrar lo trabajado y reflejar los aprendizajes adquiridos durante el proceso de Capacitación en Servicio.

## Fundamentación

La residencia, en tanto instancia formativa, contempla en forma articulada e interrelacionada, transitar un proceso de conocimiento e intervención profesional en el campo de la salud. Si bien dicha instancia, se implementa de manera gradual (por niveles de residencia), se promueven en forma constante y de manera transversal, procesos de reflexión y síntesis sobre las prácticas e intervenciones realizadas; adquiriendo relevancia la noción de vigilancia epistemológica (Bourdieu, P.) la cual “... *se impone particularmente en el caso de las ciencias del hombre, en las que la separación entre la opinión común y el discurso científico es más imprecisa que en otros casos*” (Bourdieu, P. 2002: 27).

Vinculado a lo anterior, y en pos de encontrar un concepto ordenador que nos posibilite reflejar y dar cuenta del proceso de aprendizaje adquirido durante la residencia, fue central interiorizarnos en los diversos debates teóricos sobre la noción de salud. En 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS), concebía a la salud como “*el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”. Si bien esta definición marco un hito, ya que se definía a la salud en términos positivos y, al aspecto físico, se le agregaba el mental y el social, también recibió distintas críticas por ser una definición estática, que equipara el bienestar a la salud y por estar formulada como una expresión de deseo, más que como una realidad. Es por ello que comenzaron a surgir nuevas propuestas que planteaban una definición dinámica, que integrara en el proceso de la salud distintos factores, como ser los biológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos e históricos, poniendo en primer plano la interacción entre el sujeto y su ambiente.

A partir de este recorrido, en búsqueda de una noción que nos aporte nuevas relaciones posibles para comprender la realidad, llegamos al concepto de Autoatención. Por este concepto se entiende “*a las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aún cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención*” (Menéndez, E. 2010: 52). Dicha definición creemos que se complementa con lo propuesto por el marco normativo local, la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (153/99), que define la salud de manera integral, como derecho humano y proceso socio-histórico que no se limita al acceso a la atención médica.

En este sentido, y ligada a la Capacitación en Servicio, creemos que la experiencia de la residencia caracterizada, entre otros aspectos, por la inserción y práctica real en el campo de la salud, permitió ir construyendo un concepto de salud mediado por el ejercicio profesional, desde una práctica fundada no sólo teóricamente, sino también, en paralelo, por las implicancias ético-políticas e ideológicas que se ponen en juego y la atraviesan. Es por ello, que consideramos que la Capacitación en Servicio implica un conocimiento singular en el área de la salud, contemplando diversas variables (sociales, económicas, culturales, etc.) que forman parte del proceso salud – enfermedad.

Es por ello, que podría pensarse, en tanto articuladora, la noción de saber planteada por Foucault (2002). Dicho autor establece que las prácticas discursivas pueden formar grupos de objetos, enunciaciones, conceptos, elecciones teóricas, afirmando que los mismos no serán conocimientos amontonados, sino que permitirán construir preposiciones coherentes, desarrollar descripciones, desplegar teorías, etc. “*A este conjunto de elementos formados de manera regular por una práctica discursiva y que son indispensables a la constitución de una ciencia, aunque no estén necesariamente destinados a darle lugar, se le puede llamar saber*” (Foucault, M. 2002: 306). De esta forma, las reglas de formación y transformación del saber, resultarán condición de posibilidad

tanto de una teoría, cómo de una práctica o de una ciencia (De la Fuente, L. y Messina, L. 2003). Resaltando también, que el saber constituye una experiencia social (...) que puede ser construida a partir de una descripción de las líneas de visibilidad y de enunciación que caracterizan la masa discursiva de un período determinado (De la Fuente, L. y Messina, L. 2003).

Es en este sentido, y a partir de la experiencia adquirida como residentes, que surge como interrogante: *qué lugar/es se le da a las prácticas, saberes y sentidos de los sujetos desde los equipos de salud y curadores profesionales*. Tendiente a esbozar una respuesta y, a partir de recuperar experiencias de trabajo desplegadas en la intervención profesional (en la Unidad de Clínica Médica, Servicio de Pediatría, Servicio de Obstetricia y PNSSyPR), nos proponemos, en tanto objetivo del presente trabajo: *reflexionar acerca del Proceso de Capacitación en Servicio mediante la categoría de Autoatención; la cual será operacionalizada a partir de considerar los siguientes ejes: actores significativos identificados, diagnóstico presuntivo, prácticas, saberes y estrategias desplegadas por los sujetos*.

### **Categorías centrales para el análisis**

La propuesta de Autoatención se inscribe en los lineamientos de la Salud Colectiva, entendida como el movimiento que da énfasis a la dimensión social de la enfermedad, reconociendo la estructura social como causal de la misma y valorando las actividades y prácticas sociales en términos de participación social, autogestión y organización comunitaria como elementos importantes para el logro de una atención integral.

En este sentido, la salud es considerada un derecho a ser conquistado por el/la ciudadano/a y garantizado por el Estado, en tanto las condiciones desiguales de salud-enfermedad-atención están condicionadas por los procesos históricos y por los modos de organización y producción de la sociedad.

Contrario a esta concepción de salud, desde la biomedicina y el salubrismo se utiliza como equivalente a la Autoatención el concepto de “autocuidado”. El uso de este concepto por parte del sector salud es “marcadamente individualista” (Menéndez, E. 2010) siendo el estilo de vida individual el que posibilitaría reducir o eliminar las conductas de riesgo, excluyendo las condiciones socioeconómicas de vida que a nuestro entender, influyen en dicho proceso.

Las acciones de Autoatención suponen la existencia de un saber respecto del proceso de salud dentro de los microgrupos y especialmente de los grupos domésticos, que más allá de lo correcto o erróneo de sus explicaciones causales, diagnóstico presuntivo, o tipo de tratamiento, implica sobre todo la existencia de este saber, que se ejercita constantemente a través de diferentes padeceres, “(...) y es a partir de este saber que se establecen las relaciones transaccionales con las otras formas de atención” (Menéndez, E. 2010:59). En este sentido, podría pensarse que no existen grupos familiares, clases sociales o culturas que carezcan de estos saberes, dado que estos son básicos para su producción y reproducción social.

Desde la biomedicina suelen considerarse dichos saberes, como factores que frecuentemente inciden en forma negativa sobre los procesos de salud. Cuando una persona acude a atenderse a un servicio de salud, su demanda es analizada por el equipo con una postura que busca una clasificación de aquello que se observa. Dicha clasificación puede ser entendida como “prácticas divisorias” (Gros, F. 2000). Estas prácticas incluyen a los síntomas que presentan las personas de acuerdo a un modelo hegemónico vigente en las ciencias de la salud donde una de las partes integrantes del proceso de atención -el equipo- tiene el “saber” o construye la verdad sobre eso que sucede. La otra parte involucrada -quien padece y las personas que los/as acompañan- deben aceptar lo que desde el lugar del “saber” se le dictamina.

En este punto, la selección de las situaciones a analizar en el presente trabajo, darían cuenta de ese saber profesional concretizado en prácticas que aparecen como naturalizadas, instaladas e incuestionables. Frente a estas situaciones la noción de Autoatención aparece como estrategia intelectual que nos permitió introducir preguntas y pensar una modalidad de atención que creemos, resulta más representativa de las personas y grupos sociales.

### **La intervención profesional y la autoatención. un análisis a partir de la experiencia**

A continuación se tomarán relatos de experiencias abordadas en: la Sala de Internación de Clínica Médica (nivel 1); el Servicio de Pediatría del CeSAC N°33 y el Servicio de Obstetricia del Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez (nivel 2) y; el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (nivel 3), a fin de reflexionar sobre las intervenciones llevadas a cabo, desde la categoría de Autoatención.

- Sala de Internación de Clínica Médica / Consultorio de Control de Contactos de Tuberculosis:

*En el 2009 Cesar tenía 23 años de edad, residía en el país desde hace 2 años y se desempeñaba en un taller textil, trabajando 13 hs. por día, seis días a la semana. Manifestaba que trabajaba desde muy chico y que estaba acostumbrado a esa cantidad de horas. Vivía en una habitación cedida por el encargado del taller donde trabajaba (Sr. Nicasio), compartiendo la misma con tres compañeros más. Concurrió a la Guardia del Hospital, porque se sentía mal y además se había asustado por haber expectorado sangre. Fue internado en la Unidad de Clínica Médica durante aproximadamente dos semanas. Luego de este período continuó en seguimiento por el Consultorio de Control de Contactos de Tuberculosis hasta finalizar su tratamiento. Es importante aclarar que Cesar se ocupó de que sus compañeros/as del taller de costura, se realicen los estudios pertinentes para descartar la presencia de la enfermedad.*

Se tomó contacto con su situación a partir de su internación en Clínica Médica. En un primer momento, las líneas de acción giraron en torno a acompañar el proceso de internación, el impacto de la enfermedad y la repercusión tanto en el desempeño de su actividad laboral como en su historia de vida (antecedente de muerte del padre por Tuberculosis). Asimismo se trabajó con Cesar la importancia de que sus compañeros del taller concurren a realizarse los estudios de contacto pertinentes. En este punto es importante reflexionar acerca de que si bien la intervención profesional favoreció el proceso de salud, consideramos que hoy, a partir de la noción de Autoatención, a lo realizado, podríamos sumarle, una mayor profundización respecto al diagnóstico presuntivo y las prácticas y saberes desplegadas por Cesar previo a la realización de la consulta.

Consideramos que tomar en cuenta las estrategias y prácticas de Autoatención llevadas a cabo por las personas, habitualmente genera contradicciones en tanto existe una brecha entre el universo de significados de las personas y el equipo de salud. Así, respecto a su historia de vida, Cesar planteaba que vivir en la Argentina y trabajar en el taller de costura (de lunes a sábado, 13 hs. por día) era una posibilidad de progreso, en tanto le permitía enviar dinero a su familia en Bolivia y tener libre el día domingo; mientras que, desde nuestro lugar, leíamos esto como una situación de explotación y vulneración de derechos. Otro aspecto más de estas contradicciones, fue que Cesar identificaba como referente a su empleador, que si bien desde nuestra mirada era quien sostenía la situación de explotación laboral, en Cesar operaba como un referente significativo en el

acompañamiento de su proceso de salud. Identificar esta contradicción y respetar los tiempos y decisiones de Cesar implicó un ejercicio en términos de estructura de demora, hasta que él pueda problematizar esta situación.

Luego de su egreso hospitalario y durante los cuatro meses restantes de tratamiento por tuberculosis se pudo trabajar sobre sus intereses, historia familiar, como así también sus inquietudes y cuestionamientos acerca de las condiciones laborales y la posibilidad de conseguir otro empleo, siendo necesario regularizar su situación migratoria. Durante ese tiempo se observaron conductas anticipatorias y pautas de cuidado de su cuerpo, consultando al oftalmólogo, odontólogo, etc.; sosteniendo paralelamente el tratamiento de la tuberculosis.

Lo mencionado en el párrafo anterior refleja las diversas estrategias desplegadas por Cesar y su participación activa en el proceso de salud. Sin embargo, cabe reflexionar respecto a nuestro lugar como profesionales y en relación al saber, ya que al ver que una línea de acción fue ofrecer el servicio de odontología sin explicitarle a Cesar que nos llamaba la atención las coronas doradas que tenía en sus dientes, no tuvimos en cuenta la dimensión cultural y el sentido que se le adjudica en Bolivia, donde las coronas doradas son índice de status social. Si bien este conocimiento lo hemos incorporado recientemente, nos sirve para pensar acerca de las implicancias de las intervenciones propuestas.

Finalmente, podría pensarse que el proceso de apropiación de los servicios brindados por el hospital -producto de su experiencia y recorrido transitado- le permitió a Cesar operar como agente multiplicador y referente significativo para el resto de sus compañeros/as con quienes trabajaba y convivía, en tanto contribuía a identificar pautas de alarma, síntomas de tuberculosis y/o acudir al efector de salud frente a una necesidad que pudiera presentarse. En tanto proceso de Autoatención Cesar, retoma saberes del Equipo de Salud que le resultaron efectivos para curar/aliviar su padecer, y luego intercambiarlos a nivel de su microgrupo, produciéndose una transacción de saberes mediatizados por su propia experiencia.

- Experiencia de trabajo desde el Equipo de Pediatría del CeSAC N°33

Durante la rotación en el equipo de pediatría del CeSAC N°33, en un contexto donde las interconsultas se encontraban fuertemente ligadas a prácticas de control, arribamos al concepto de Autoatención tendiente a problematizar la modalidad de atención propuesta por el efector. En este sentido, resultó necesario ampliar nuestras herramientas para la lectura y análisis de los procesos de salud de los/as usuarios/as y profundizar el acercamiento a las experiencias y prácticas de cuidado que las personas y grupos despliegan vinculadas a su proceso de salud, habitualmente silenciadas o consideradas como negligentes por no ser coincidentes con las recomendadas por la medicina oficial.

El objetivo principal de la intervención fue iniciar un proceso de problematización junto con el Equipo de Pediatría respecto a la modalidad de intervención institucional frente a lo que ellos nominaban “ausentismo a control pediátrico” de niños/as menores de dos años (Control del Niño Sano). En este sentido, al inicio del proceso de problematización e interpelación surgieron los siguientes interrogantes:

*¿El único criterio para realizar la entrevista domiciliaria es el ausentismo a un control pediátrico? ¿El ausentismo implica en sí mismo riesgo para la salud del niño/a? ¿En qué situaciones la familia y/o referentes afectivos del niño/a considera que debe traerlo/a al/la*

*pediatra? ¿Cómo es percibido por la familia y/o referentes afectivos el traer a control a un ‘niño sano’?*

De este modo – y a partir de estos interrogantes- se acordó con las pediatras, indagar el recorrido que realizan las familias y/o referentes afectivos, previo a decidir realizar la consulta pediátrica, a fin de recuperar/retomar sus saberes, conocimientos, percepciones, etc., en relación a su proceso de salud mediante la realización de entrevistas cualitativas. Otros ejes a indagar fueron: a quienes identifican como referentes significativos para la atención/acompañamiento en el proceso de salud; diagnóstico presuntivo; y en qué situaciones acuden al efector de salud.

De las entrevistas surgió que la Autoatención es habitualmente la primera actividad que el microgrupo realiza respecto a sus padeceres, y que esa actividad no incluiría inicialmente al/la curador/a profesional, apareciendo en escena actores familiares y sociales (vecinos/as, compañeros/as de trabajo, etc.) quienes operaban como referentes al momento de la atención de la salud del niño o la niña.

*“Yo le doy té de anís cuando tiene gasecitos, elijo darle vapor en vez de nebulizaciones, le doy té de manzanilla para que esté más relajado, o le rozo todo el cuerpecito con un huevo para curar ‘el mal de ojos’, mi mamá también sabe curarlo y sino le decimos a Doña Carmen (vecina) que es curandera y cura el empacho o el mal de ojos, yo la llamo por teléfono y ella me dice si está ojeado o no y lo cura. Son costumbres, creencias de mi familia” (Madre de S. 1 año )*

El relato estaría reflejando distintas cosmovisiones con una fuerte impronta identitaria, aludiendo al cómo, al qué, al cuándo y especialmente a quién recurrir frente a un padecimiento -en esta situación a su vecina/curandera y a prácticas desplegadas históricamente por su familia-. Por ello pensamos que la Autoatención constituye uno de los procesos básicos para asegurar la producción y reproducción biosocial y sociocultural de los sujetos y grupos sociales. Gran parte de los episodios de enfermedades y padeceres hayan solución o alivio a través de las acciones del grupo más cercano, que permite en paralelo, la puesta en práctica de creencias y costumbres que fueron transmitidas y que en ese mismo acto se transmiten a la próxima generación.

En tanto categoría relacional, la Autoatención incluye a todos los actores significativos que intervienen en el proceso de salud y al conjunto de actividades y articulaciones que darán cuenta de las características específicas del proceso de atención. Con eje en el saber de las personas y grupos es que se establecen las “relaciones transaccionales” (Menéndez 2010) con las otras formas de atención, donde la actividad diagnóstica de los mismos ejerce fuerte influencia en los procesos de salud. Esto quedaría reflejado en los siguientes relatos:

*“Cuando el nene tiene fiebre no concurrimos directamente al médico porque sabemos que nos van a decir que probablemente está incubando algo y que tenemos que esperar. Nos acercamos cuando aparece otro síntoma” (Abuela Materna de M. I. 1 año y 9 meses)*

*“Le doy Ibuprofeno cuando levanta unas líneas de fiebre, porque con otros tengo miedo que sea alérgico. También me doy cuenta si tiene fiebre tocándole la boca” (Madre de S. 1 año )*

En este punto se refleja, cómo el saber biomédico constituye una de las principales fuentes de la Autoatención, impulsando en ocasiones la automedicación (por ejemplo, la utilización de antifebril).

Respecto al diagnóstico presuntivo se pudo observar que cuando una persona acude al/la curador/a profesional, generalmente va con una apreciación, una idea acerca de su padecer y más allá de lo equivocado o certero del mismo resulta relevante incorporarlo -y no cuestionarlo- en

tanto posibilidad de ser trabajado en la consulta.

*“Yo me doy cuenta cuando le pasa algo a alguna de las chicas porque se le caen los ojitos, no tienen ganas de salir a jugar ” (Madre de T. 2 años)*

De este modo, *“a pesar de la importancia que pueda significar para el paciente el diagnóstico y la propuesta de tratamiento sobre su dolencia, es mediatizada por su propia concepción y representación de lo que le puede estar pasando. Esta persona de vuelta en su casa y en su medio, tomará o dejará las percepciones dadas por el profesional, de acuerdo a sus posibilidades de cumplimiento, pero también según su propia interpretación de lo que tiene que hacer” (Sacchi, M. y otros 2007:273).*

Finalmente otro aspecto que se indagó, es en qué situaciones las familias y/o referentes afectivos deciden realizar la consulta pediátrica:

*“Estamos atentos a la aparición de una crisis asmática (varios miembros de la familia padecen asma) o frente a la posibilidad de que M. sea alérgico. Cuando le apareció una rocha en la mano lo llevamos a la guardia del Tornú porque yo sé de una vecina que el hijo es alérgico y se le cierra el cuello, pero un bebé no puede avisar” (Abuela de M.I. 1 año y 9 meses)*

*“La llevo al médico si tiene fiebre, si llora, si no come mucho y si se despierta a la noche porque yo se los horarios de mi hija y cómo es mi hija” (Madre de S. 4 meses)*

Las familias/grupos sociales construyen pautas de alarma vinculadas con experiencias previas, sensaciones, valoraciones, que configuran los procesos de toma de decisiones evaluando las ventajas de las distintas alternativas respecto a quien/es acudir frente a un padecimiento, estableciendo, de este modo, jerarquías en cuanto a la percepción de su efectividad.

En este sentido creemos que, el proceso de indagación conjunta con las pediatras, posibilitó conocer los procesos de toma de decisiones de los sujetos y reconocer que el efector de salud es un agente más dentro de su núcleo de Autoatención, dado que la misma *“se constituye estructuralmente”* (Menendez. E. 2010: 58), implicando una acción más racional, en términos culturales, de estrategia de supervivencia, de evaluación costo/beneficio, no sólo de tipo económico, sino también de tiempo, que estarían influyendo en ese proceso de toma de decisiones.

- Servicio de Obstetricia del “Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez”

Si bien la rotación por el Servicio de Obstetricia del “Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez”<sup>1</sup>, tuvo un mes de duración, hemos seleccionamos esta experiencia, en tanto posibilidad de reflexionar/problematizar a partir de la categoría de Autoatención, la nominación de “control inadecuado del embarazo” por parte de los/as curadores/as profesionales.

Dicha inquietud surgió a raíz de que, el 87% (sobre un total de 16 mujeres con las que se trabajó) de las interconsultas se debían a “control inadecuado del embarazo”, es decir: consultas ausentes durante todo el embarazo, o bien insuficientes en su calidad y cantidad, en términos de precocidad, continuidad y número de visitas acumuladas (menos de 5 consultas realizadas o consultas realizadas sólo durante los últimos meses de embarazo). Se destaca que en tres de las situaciones, además del “control inadecuado” motivaba el pedido de interconsulta: la edad de las mujeres (15 y 16 años), y el intervalo intergenésicos cortos y cantidad de partos por cesárea.

Si bien compartimos con Adriana Greco la idea de que *“el control prenatal adecuado tiene importantes implicancias en la calidad de vida de las mujeres y los niños, contribuyendo a*

---

1 Al respecto, cabe aclarar que dicha experiencia de rotación externa está motivada por la ausencia de un servicio de dichas características en el hospital de base.

*prevenir y tratar oportunamente ciertas complicaciones del embarazo, alteraciones en el desarrollo y maduración fetal y factores relacionados con la morbi-mortalidad neonatal”* (Greco, A. 2008:9), durante el proceso de rotación nos hemos encontrado con mujeres que conociendo o no esto, presentaban lo que es nominado ‘control inadecuado del embarazo’. En este sentido, surgieron los siguientes interrogantes:

*¿Cómo es percibido por la mujer y/o el padre de su hijo/a los controles prenatales? ¿Cuáles son sus percepciones y representaciones vinculadas con el control del embarazo? ¿Qué estrategias de cuidado del embarazo llevan adelante? ¿A quienes identifican como referentes al momento de realizar una consulta respecto a su situación de embarazo (ya sea familiares, amigos/as, pareja, miembros de la comunidad, equipo de salud, etc.)?*

En este sentido durante la rotación, se logró indagar acerca de las condiciones de vida de las mujeres, mencionando que: los ingresos individuales/familiares provenían de desempeñarse -ellas y/o sus familiares- en talleres de costura, verdulería, venta ambulante, empaquetado, lo cual se ubica dentro del mercado informal de trabajo y en muchas de las situaciones en condiciones de explotación: cantidad de horas de trabajo que superan la jornada laboral de ocho horas, estipulada desde la ley de contrato de trabajo, trabajo por producción, baja remuneración, dificultad para salir de su lugar de trabajo, etc.

A partir de lo enunciado anteriormente, podría pensarse que esta falta de mecanismos de protección social retrasan, en muchas de las situaciones, la atención, dificultando/no permitiendo una conducta anticipatoria y el acercamiento al efector de salud. Sumado a esto, podría inferirse que se podría en juego una acción más racional, en términos culturales, de estrategia de supervivencia, de evaluación costo/beneficio, no sólo de tipo económico, sino también de tiempo, que estarían influyendo en ese proceso de toma de decisiones.

En este sentido creemos que un potencial aporte -para los equipos de salud- sería recuperar/retomar los conocimientos, percepciones, prácticas de cuidado, etc., que llevan adelante las mujeres en relación su proceso de salud y vinculado con su situación de embarazo, a fin de pensar estrategias preventivo-promocionales que incorporen sus saberes y sentidos con el objetivo que las mismas resulten más significativas y cercanas a las prácticas desplegadas por las mujeres y su grupo social.

- Programa Nacional De Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR):

Elegimos dar cuenta de la experiencia de rotación por el PNSSyPR (rotación electiva) ya que nos permitió por un lado, actualizar el conocimiento sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos (acceso directo a la legislación, material bibliográfico, informes de gestión, protocolos de atención, datos estadísticos, producciones internas e información producida desde los medios de comunicación vinculados al ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos) y por el otro permitió, identificar y analizar los nudos problemáticos/de debates en torno al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, entre los que podemos mencionar: el acceso a la ligadura tubaria, a los métodos anticonceptivos, el derecho a vivir una sexualidad libre de violencias y la atención de las mujeres en situación de aborto.

Es a partir del proceso de apropiación de dicha experiencia, que nos proponemos reflexionar en el presente apartado, acerca de la atención de las mujeres en situación de aborto desde los aportes brindados por la categoría de Autoatención.

Tomando en consideración los datos aportados por el CEDES (Centro de Estudios de Estado y



Sociedad) en el año 2007, las estimaciones reflejaban que en la Argentina ocurrían 400.000 abortos inducidos por año (más de un aborto cada dos nacimientos) y alrededor de 100 muertes por complicaciones de abortos realizados en condiciones inseguras, representando así la primer causa de mortalidad materna.

Estas cifras evidencian que la interrupción de embarazo es una práctica concreta que llevan adelante las mujeres. En este sentido, podría pensarse en términos de Autoatención lo planteado por Zamberlin, N. acerca de que existe en nuestro país *“un mercado de servicios de aborto extendido, diversificado y segmentado (...) Los sectores medios y altos acceden a abortos clandestinos realizados por médicos en consultorios o clínicas privadas, donde practican aborto por aspiración o legrados y se cuenta con todos los medios necesarios para garantizar su asepsia y seguridad (...) [mientras que] Las mujeres de sectores pobres recurren con frecuencia a prácticas riesgosas como la autocolocación de sondas o tallos de perejil, prácticas de personas no idóneas, o la ingesta/aplicación de diferentes sustancias”* (Zamberlin, N. 2007:3).

Esta cita refleja que las posibilidades de decisión dentro del núcleo de la Autoatención de las mujeres -respecto a dónde, cuándo y a quien/es acudir para la interrupción del embarazo- estarían estrechamente asociadas a su capacidad económica, influyendo en la calidad y seguridad de los procedimientos.

Por todo lo anteriormente señalado, entendemos que la atención de las mujeres en situación de aborto, es un problema de salud pública que debe ser abordado desde los efectores de salud; garantizando la disponibilidad, accesibilidad y calidad en los servicios; brindando información clara, oportuna y avalada científicamente; enmarcando la atención posaborto en el respeto de los derechos sexuales y reproductivos como parte fundamental de los derechos humanos de las mujeres y como un deber de todo profesional de la salud.

Otro aspecto que quisiéramos destacar -en el marco del proceso de Autoatención- es el papel de los movimientos de mujeres y grupos organizados de la sociedad civil que han impulsado prácticas y acciones tendientes a visibilizar la problemática del aborto, socializar el uso adecuado del misoprostol como método abortivo más seguro, entre otras.

Creemos necesario resaltar, la importancia de la capacitación de los equipos de salud para garantizar la asistencia integral de toda mujer que se encuentre en situación de aborto. En este sentido, en el marco del proyecto de regreso a nuestro hospital de base, está contemplada la realización de una “jornada de sensibilización sobre la temática de interrupción voluntaria del embarazo”.

Finalmente cabe destacar que el fallo de la Corte Suprema (del 13 de Marzo de 2012) garantiza el acceso al aborto a toda mujer que haya sido violada, y conmina a las autoridades nacionales, provinciales y de la CABA a aplicar protocolos hospitalarios para la atención de los abortos no punibles y para la asistencia integral de toda víctima de violencia sexual.

### **Reflexiones finales**

Creemos que la residencia, en tanto experiencia de Capacitación en Servicio, refleja un claro ejemplo del *“potencial educativo de las situaciones de trabajo”* (Davini, M. S/D) en tanto posibilitó instancias de articulación entre la teoría y la práctica, siendo un aspecto central para poder leer los procesos de salud-enfermedad y construir (junto con los/as usuarios/as, colegas -compañeras de residencia y referentes del servicio social- y diversos miembros del equipo de salud) estrategias de intervención.

En este recorrido fuimos construyendo un concepto de salud, mediado por el ejercicio profesional, desde una práctica fundada no sólo teóricamente, sino también atravesada por las implicancias ético-políticas e ideológicas que se ponen en juego en la intervención, donde consideramos fundamental reflexionar respecto a nuestro lugar como profesionales, nuestro posicionamiento en relación al saber y qué lugar/es se le da a las prácticas, saberes y sentidos de los sujetos desde los equipos de salud.

En este punto a lo largo del trabajo se intentó reflejar cómo el saber profesional se concretiza en prácticas que muchas veces suelen presentarse como naturalizadas, instaladas e incuestionables ; y cómo la noción de Autoatención -en tanto estrategia intelectual a la que acudimos- nos permitió introducir preguntas y pensar una modalidad de atención que resulte más representativa de las personas y grupos sociales, a partir de recuperar/retomar sus conocimientos percepciones, prácticas que llevan adelante en relación su proceso de salud.

Es en este sentido que creemos que la categoría de Autoatención resulta un potencial aporte para los equipos de salud.

### **Bibliografía**

- Abrantes, R. *“Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México”*. Cadernos de Saúde Pública, vol.18, n° 4, julio/agosto 2002. Disponible en: [http://cesacodevi.ubv.edu.ve/file.php/1/Material\\_Bibliografico/modulo\\_3/concept-saludcolect-raqa-brantes\\_BRASIL](http://cesacodevi.ubv.edu.ve/file.php/1/Material_Bibliografico/modulo_3/concept-saludcolect-raqa-brantes_BRASIL)
- Borgiani, E. Guerra, Y. Montaña, C. (2003) *“Servicio Social Crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional”*. San Pablo, Brasil, Cortez Editora.
- Bourdieu, P.; Chamboredon J.C.; Passeron, J.C. (2002) *“El oficio de Sociólogo. Presupuestos Epistemológicos”*. Buenos Aires, Siglo veintiuno editores Argentina.
- Davini, M. (S/D). “Enfoques, problemas y perspectivas en la educación permanente de los recursos humanos en salud”. Disponible en: <http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/davini.pdf>
- De la Fuente L. y Messina L.: *“Bajos fondos del saber. La arqueología como método en Michel Foucault”* Revista Litorales. Año 2, n°2, Agosto de 2003, Disponible en <http://litorales.filo.uba.ar>.
- Foucault, M (2002): *“La Arqueología del Saber”*. Buenos Aires, Siglo veintiuno editores Argentina.
- Greco, A.: *“Las voces acalladas en la maternidad: los controles prenatales ausentes o inadecuados en la perspectiva de las mujeres de sectores populares”* Revista Colección Tesis, 2008, FLACSO/CEDES. Disponible en: [http://www.cedes.org.ar/Publicaciones/Coltesis/ColeccionTesis\\_6.zip](http://www.cedes.org.ar/Publicaciones/Coltesis/ColeccionTesis_6.zip)
- Gros, F (2000) **“Foucault y la Locura”**. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.
- Krompotic, C (Comp.) (2008) *“Cuidados, Terapias y Creencias en la Atención de la Salud”*. Buenos Aires, Espacio Editorial.
- Menéndez, E (2010) *“De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva”*. Buenos Aires, Lugar Editorial.

- Sacchi, M. Hausberger, M. Pereyra, A (2007) *“Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta”*. Buenos Aires En Revista Salud Colectiva.

- Zamberlin, N. *“El aborto en la Argentina”*. Hojas Institucionales N°3, Junio 2007, CEDES. Disponible en: [despenalización.org.ar](http://despenalización.org.ar)

Artículos periodísticos consultados:

- *“Las claves del Fallo”*. Diario Página 12, Suplemento El País, Buenos Aires, 18 de Marzo de 2012. Disponible en:

<http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/subnotas/189904-58272-2012-03-18.html>

- *“Protocolos y médicos en fuga”*. Diario Página 12, Suplemento El País, Buenos Aires, 18 de Marzo de 2012. Disponible en:

<http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/subnotas/189904-58271-2012-03-18.html>