




UNC

Universidad
Nacional
de Córdoba



trabajo social
facultad de ciencias
sociales



ENCUENTRO DE Y PARA MUJERES
Una experiencia desde la lucha
colectiva para el acceso al
Derecho a la Salud
Sexual y (no) reproductiva en
territorios populares

Profesoras:
Lic. Mariana Gamboa
Lic. Valeria Nicora
Mgter. Natalia Becerra

Autoras:
Gema Guadalupe Armano
Emily Karen Ramirez Rimac
Ana Constanza Restelli

2022

*Universidad Nacional de Córdoba
Facultad de Ciencias Sociales
Licenciatura en Trabajo Social*

Encuentros de y para mujeres.

Una experiencia desde la lucha colectiva para el acceso al derecho a la salud sexual y (no) reproductiva en territorios populares.

Autoras: Armano Gema Guadalupe, Ramirez Rimac Emily Karen, Restelli Ana Constanza

Docentes:

Intervención Pre-profesional: Lic. Gamboa Mariana

Orientadora temática: Lic. Nicora Valeria

Sistematización y Redacción de Tesina: Mgter. Becerra Natalia

Diseño: Juli Sz

Córdoba, diciembre 2022

Agradecimientos

En primer lugar, a las mujeres de los territorios que construyeron con nosotras todo el proceso.

A nuestras familias, que acompañaron el transitar universitario desde el inicio.

A les amigues que siempre estuvieron y fueron nuestras redes de contención para no decaer en el camino.

Al centro de prácticas, que nos abrió las puertas confiando en nuestra formación académica como futures profesionales y a su personal que siempre nos brindó una mano en lo que necesitáramos.

A las colegas que nos guiaron en el transitar por este tramo final.

A la facultad de ciencias sociales que apuesta a continuar formando desde perspectivas críticas y cuestionando órdenes instituidos.

A quienes ya no están en este plano terrenal que han sido nuestra luz y compañía ante momentos difíciles.

Por último, a nosotras, por confiar en nuestros saberes, empujarnos y alegrarnos día a día, desde los primeros años de la carrera hasta el final.

Índice

Introduciendo-nos	5
CAPÍTULO 1. Desde dónde partimos	11
1.1. <i>Campo/sistema de salud</i>	12
1.2. <i>La construcción del sistema de salud en Argentina y en Córdoba</i>	15
1.3. <i>Marco normativo en salud</i>	18
CAPÍTULO 2. Entender la salud desde la perspectiva de género	23
2.1. <i>Atención Primaria de la Salud</i>	24
2.2. <i>Salud sexual y (no) reproductiva desde la APS</i>	27
2.3. <i>Marco normativo en salud sexual y (no) reproductiva</i>	28
2.4. <i>Posicionamiento sobre perspectiva de género y feminismos</i>	31
2.5. <i>Salud con perspectiva de género</i>	37
CAPÍTULO 3. Una lectura compleja del territorio y el espacio	40
3.1. <i>El territorio</i>	41
3.2. <i>Interseccionalidad e interculturalidad</i>	44
3.3. <i>El trabajo social con abordaje comunitario</i>	49
CAPÍTULO 4. Situándonos en los territorios	52
4.1. <i>Geo-localización en tiempo y espacio</i>	53
4.1.1. <i>Caracterizando al territorio y su contexto</i>	55
4.2. <i>Escenario institucional y su contexto</i>	58
4.3. <i>Pensar con quiénes: definición de las sujetas de intervención</i>	62
CAPÍTULO 5. Nuestro proceso de intervención: construir estrategias en tiempos de pandemia	66
5.1. <i>Pensar el sobre qué: definición del campo problemático y objeto de intervención ...</i>	67
5.2. <i>Delineando el cómo: nuestras apuestas metodológicas y estrategias de intervención..</i>	69
5.3. <i>Frente a las necesidades, las redes comunitarias y estrategias entre mujeres</i>	74
CAPÍTULO 6. Análisis y aproximaciones	79

6.1. Comenzando el análisis	80
6.2. De la planificación a los hechos	82
6.2.1. Las consejerías de LTB	82
6.2.2. Ciclo de talleres del CENPA y CENMA	85
6.2.3. Encuentros de mujeres en Virgen de Fátima	90
6.3. Volver sobre lo comunitario: obstáculos y continuidades del proceso.....	94
7. Cierres que quedan abiertos	97
7.1. Trabajo Social: sus implicancias en los procesos de construcción colectiva. Aportes al campo profesional	98
7.2. Reflexiones finales	100
8. Bibliografía	104
8.1. Fuentes documentales	105
8.2. Fuentes primarias	114
8.3. Otras fuentes	115



INTRODUCIENDO-NOS

“...Por mucho que yo camine, nunca la alcanzaré.
¿Para qué sirve la utopía?
Para eso sirve: para caminar”.
(Eduardo Galeano, 2003)

El presente trabajo final de grado de la Licenciatura en trabajo social sistematiza nuestras prácticas pre profesionales desarrolladas entre los meses de julio a diciembre del 2021 en el Centro Municipal de Salud N° 79 de la ciudad de Córdoba. Dichas prácticas tuvieron como objeto de intervención a los *obstáculos y dificultades por parte de las mujeres en relación al acceso al derecho a la salud sexual y (no) reproductiva*. Consideramos pertinente referirnos a las sujetas de intervención desde la noción de *agente social* de Pierre Bourdieu (2007), ya que somos activas en los territorios, con habitus y reglas de juego establecidas.

En tanto, con el desarrollo de esta tesina, se plantea como finalidad dar cuenta de las posibilidades, limitaciones y desafíos del trabajo social en torno a la Atención Primaria de la Salud (APS) y la salud sexual y (no) reproductiva. Todo ello enmarcado dentro del campo de la salud, como campo de intervención, en el cual el Trabajo Social tiene raíz histórica. Sin desconocer estos inicios, reconocemos que actualmente la profesión ha complejizado su abordaje en dicho campo.

Por ello, resultó oportuno recuperar los datos cuantitativos en relación al acceso de las mujeres, al Programa de Salud Reproductiva, Sexualidad y Planificación Familiar¹, como parte de un primer momento de investigación dentro del proceso de prácticas pre profesionales. Esto se enmarca dentro de una de las apuestas metodológicas que implementamos, puesto que fue imperante conocer el estado del arte para tomar decisiones en cuanto a planificaciones de líneas de acción en territorio.

Para poder llevar a cabo todo proceso de intervención es necesario delimitar el espacio de actuación. En este sentido, haremos foco en el área de responsabilidad del centro de salud anteriormente referido, particularmente los barrios Nuestro Hogar III y Virgen de Fátima. El cual, se encuentra en el sur de la ciudad de Córdoba, por fuera del anillo de circunvalación. Asimismo, el territorio se encuentra atravesado por múltiples dimensiones que lo constituyen y que debemos tener en cuenta a la hora de los abordajes, así como también las características particulares de los sujetos que los habitan.

Consideramos importante traer a colación las prácticas académicas que realizamos en

¹ Dicho Programa pertenece a la Secretaría de Salud de la Dirección de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de Córdoba.

el año 2019 en el marco de la materia denominada Teoría, Espacios y Estrategias de Intervención II, ya que nos permitieron retomar procesos en el 2021. Dichas prácticas fueron desarrolladas en la institución, articulando con el Centro Educativo Nivel Primario de Adultos (en adelante CENPA) Creer y Ser. De dicha articulación se desprende nuestra participación en los Encuentros de Mujeres Redes de Sueños (llevados a cabo una vez al mes) y el acompañamiento semanal de las trayectorias educativas de las mujeres (en su mayoría mujeres migrantes) que asistían a los encuentros y al CENPA. Este proceso de prácticas académicas previas, marcaron nuestro deseo de regresar al territorio por la potencia de construcción de abordajes comunitarios desde el Centro de Salud, articulando con las diferentes organizaciones que allí trabajan.

Cabe destacar que en un primer momento del proceso de intervención pre profesional ejecutada en el 2021, se desarrolló con mayor participación de mujeres migrantes, al igual que el proceso del 2019. Sin embargo, luego de una primer investigación consideramos pertinente trabajar con las mujeres de barrio Virgen de Fátima ya que como los territorios y el contexto son dinámicos, tomamos la decisión de recuperar constantemente la mirada de las agentas de intervención, pues son quienes habitan los espacios. De esta forma, incorporamos categorías teóricas como la interseccionalidad, ya que las sujetas de intervención se caracterizaron (en mayor medida) por ser mujeres, madres, heterosexuales, de sectores populares e insertas en el mercado informal de trabajo. Estas categorías pueden complejizarse debido a la nacionalidad, desde un análisis intercultural, y la escolarización de cada una de ellas.

Después de las consideraciones previas, resulta necesario aclarar que el presente trabajo de grado, inicia especificando el campo de intervención situado en el campo de la salud; por lo cual resulta fundamental presentar la historización de los subsistemas sanitarios para comprender el contexto actual de la salud en Argentina. Nos asentamos en el enfoque de la *salud colectiva* que comprende a los procesos de salud/enfermedad a partir de la mirada y vivencia de las comunidades, ya que reconocemos la importancia de estas últimas en el desarrollo de toda intervención.

En el capítulo siguiente, partimos especificando el campo problemático que nos compete, que refiere a la salud sexual y (no) reproductiva, desde la APS en la ciudad de Córdoba. A continuación especificamos el contexto social que atravesamos a causa de la pandemia de Covid-19 y su repercusión en el sistema de salud, específicamente en la APS. Una vez hechas las especificaciones anteriores, presentamos el marco normativo dando cuenta sobre las diferentes concepciones de las leyes actualmente en vigencia, que

sustentaron las bases de derechos que guiaron nuestro accionar. En el cierre del capítulo, pero no por eso menos importante, incorporamos la perspectiva de género en el trabajo social y en el campo de la salud para problematizar las prácticas ejercidas desde un modelo biomédico, patriarcal, de individualizador de los cuidados, mercantilizador y heteronormativo, que nos da la posibilidad de repensar qué salud queremos promover.

Continuando con el tercer capítulo, partimos por definir la posición, a la cual suscribimos, con respecto a la concepción de territorio y espacio. Continuando con el desarrollo, haremos una contraposición entre el colonialismo y las teorías del Buen Vivir (Acostas y Gudynas, 2011), desde la cual nos posicionamos; una episteme subalterna que permite nutrirnos y recuperar los conocimientos de la comunidad, identificando las diferentes aristas que la convergen. En este propósito, resultó pertinente desarrollar las concepciones de la interculturalidad y de la interseccionalidad que han fundamentado los abordajes del trabajo social comunitario.

Es central reconocer el tiempo y el espacio en el que se llevó a cabo todo el proceso, por esto en el cuarto capítulo expondremos la geolocalización. La misma, se centra en la zona sur de la ciudad de Córdoba, por fuera del anillo de circunvalación. En esta línea, realizaremos una caracterización del escenario de actuación en tiempo de pandemia, así como una historización del centro de prácticas en donde estuvimos insertas. Asimismo, dentro del mismo capítulo comunicaremos características sobre las agentas con las que llevamos a cabo la intervención ya que constituyen el núcleo del proceso.

En el quinto capítulo, nos abocaremos a definir el campo problemático como el *acceso de las mujeres a los derechos de salud sexual y (no) reproductiva*; así también, especificamos el objeto de intervención que es *obstáculos y dificultades por parte de las mujeres en relación al acceso al derecho a la salud sexual y (no) reproductiva*. En este sentido, planteamos como objetivo general del proceso el *aportar a la mejora sobre las condiciones de acceso a la salud sexual y (no) reproductiva de las mujeres del área de responsabilidad del centro de salud en el período agosto 2021 - diciembre 2021, desde una perspectiva de género*. De la misma forma, explicitamos los objetivos específicos que sirvieron para delimitar y orientar la actuación del equipo.

Habiendo hecho las anteriores aclaraciones, nos centramos en articular lo anterior con las apuestas metodológicas y de intervención. Como forma de cierre del capítulo corremos a la profesión del centro, para apostar por darles reconocimiento a su trabajo cotidiano, siendo hacedoras de la permanente construcción de estrategias para satisfacer sus necesidades y que sostienen, reproducen y transforman las redes de vinculación en los territorios (a las cuales

también referiremos en este capítulo).

En el sexto capítulo detallamos las tres líneas de actuación; la primera fue incorporarnos al espacio de consejerías grupales, sobre ligadura tubaria que se llevaban a cabo los segundos y cuartos martes de cada mes; desarrollados por el equipo psicosocial. La segunda línea de actuación, estuvo dirigida a efectuar el encargo del equipo del centro de salud que refería a reconocer el alcance del Programa de Salud Sexual, Sexualidad y Planificación Familiar del centro de salud en relación a su área de responsabilidad. Esta fue la parte con mayor tinte investigativa debido a que sistematizamos y digitalizamos las fichas médicas de las mujeres que se encontraban en programa.

El proceso de intervención vinculado con la digitación de las fichas médicas anteriormente mencionadas, nos permitió vislumbrar la necesidad de desarrollar una línea de actuación con las mujeres del barrio Virgen de Fátima (que forma parte del área de responsabilidad del centro de salud), en articulación con el merendero Madre Teresa. Esta línea de acción, se basaba en una serie de encuentros que tenían como objetivo ser un espacio de encuentro y disfrute. A su vez, siguiendo esta misma línea, retomamos los talleres en conjunto con el CENPA y el Centro Educativo Nivel Medio de Adultos (CENMA). Cabe agregar que estos talleres surgen a raíz de la demanda expresada por las docentes de esas instituciones educativas, la cual remite a prevenir la violencia de género. Como cierre del capítulo, detallaremos los obstáculos que se nos presentaron durante el proceso; como las continuidades presentes en el territorio en octubre del 2022, debido a la comunicación constante y a la repercusión que el proceso tuvo en nosotras.

En el desarrollo del capítulo siete de la presente trabajo de grado, explicitaremos las implicancias del trabajo social en el campo de la salud en relación a las disputa de su especificidad en la práctica y las condiciones laborales dentro de los territorios. Por último, presentamos nuestras reflexiones finales, tanto del proceso de intervención, el campo problemático como del trabajo social en los territorios.

Como aclaración, queremos destacar que lo que nos ha motivado a elegir tal temática es que como mujeres, la salud sexual y (no) reproductiva nos atraviesa constantemente. Somos mujeres en etapa de fertilidad, que nos estamos formando profesionalmente, por lo que deseamos tanto para nosotras como para todas las mujeres, continuar con los proyectos de vida y poder disfrutar de una vida sexual plena, sin temores ni desconocimientos. A su vez, una de las integrantes de este equipo es madre por lo que apostamos a una maternidad deseada y no impuesta por presiones o construcciones sociales.

Agregando a lo expresado líneas anteriores, decidimos incorporar el lenguaje

inclusivo de género con el uso de la letra *e* para el desarrollo de la producción escrita, reconociendo que “(...) representa una reivindicación social vigente como resultado de un largo proceso de lucha en cuanto al orden de las relaciones de género” (Alexandra Bonilla. M, 2019, p. 26). Esto acompañado de una crítica al binarismo femenino-masculino, a la cual dedicamos un apartado, puesto que va de la mano con el deseo de transformar los espacios, problematizando y cuestionando lo naturalizado por el sistema capitalista, colonial y patriarcal.



CAPÍTULO I

Desde dónde partimos

1.1. Campo de la salud/sistema de salud

Como puntapié inicial resulta pertinente definir a qué refiere la categoría de *campo* según Pierre Bourdieu (1988) quien plantea que se conforma en relación a una situación social que, desde diversas lecturas teóricas, se problematiza. En este sentido, el autor menciona que el mundo social que nos rodea, puede ser definido como campo, es decir, como un conjunto de relaciones de fuerza, una red de relaciones objetivas.

En el orden de las ideas anteriores, dicho concepto opera como un campo de lucha, en el cual se da una sinergia entre los agentes para preservar o transformar la configuración de fuerzas. A su vez, posee sus propias 'reglas de juego' a partir de las cuales se presenta una redistribución de los participantes en una estructura social, con base en la acumulación y composición del capital que poseen, siendo el capital simbólico el que cobra más relevancia.

En la profesión del trabajo social es central la definición de campo de intervención, pues éste refiere a la intersección entre “sujetos ubicados en posiciones diferentes teniendo en cuenta la división social y técnica del trabajo y la estructura social ampliada” (Nucci, Crosetto, Bilavcik y Miani, 2018, p. 17). Incluyendo de esta forma, a los profesionales como a las unidades domésticas que demandan de los servicios para satisfacer sus necesidades, que implican procesos de negociación y planificación de estrategias. Específicamente, el campo de intervención desde el cual desarrollamos nuestras prácticas pre profesionales refiere a la salud sexual y (no) reproductiva.

Hecha la observación precedente, para dar cuenta de nuestro posicionamiento respecto al campo de intervención, es necesario definir teóricamente el concepto de salud y otras categorías relacionadas. En un primer momento, retomamos los aportes de Debora Ferrandini (2010), quien propone a “la salud como capacidad de lucha por cambiar el estado de las cosas” (p. 06). Dicha conceptualización implica reconocer la importancia de la lucha de los diferentes grupos, por mejorar las condiciones de su vida cotidiana, es decir no implica neutralidad sino que cada intervención se basa en una construcción intersubjetiva que está permeada de una intencionalidad política (Ferrandini, 2010).

Desde una perspectiva situada, el enfoque de la *salud colectiva* comprende a los procesos de salud/enfermedad a partir de la mirada y vivencia de las comunidades. En este sentido, las colectividades, para resolver problemas de salud, miran y construyen estrategias desde el nivel local recuperando su pertenencia cultural y posiciones en las estructuras económicas, sociales, raciales y de género. Estas prácticas de salud son desarrolladas por la población en sus espacios locales como estrategia colectiva para mejorar la calidad de vida, teniendo siempre en cuenta que la salud a su vez se constituye como campo en tensión, en el

cual se encuentran y desencuentran diferentes maneras de entenderla y de vivirla (Bertona, Ramia y Scarpino, 2017).

Pensar a la salud desde dichas miradas permite dar cuenta de las contradicciones que surgen en relación al monopolio del saber, del lenguaje especializado y de instancias de intervención, donde la categoría de poder adquiere relevancia. Desde este posicionamiento, el saber profesional es considerado superior y sus prácticas legítimas, por ende el otro siempre está en posición pasiva -un ejemplo de esto es nombrar como ‘pacientes’ a quienes asisten al servicio de salud-, de sometimiento y subordinación. Al respecto, el autor Pedro Luis Castellano (1990) da cuenta que “ocupar espacios, acumular poder con un pensamiento sobre los procesos de salud-enfermedad, supone no sólo coherencia y fortaleza teórica [...] sino una capacidad técnica superior [...] para dar respuesta a los problemas de salud de todos los grupos sociales” (p. 2).

Conjugar la salud colectiva con la salud como capacidad de lucha, permite una lectura compleja, favoreciendo al abordaje comunitario, brindar respuestas que encaminen procesos que busquen mejorar las condiciones de salud. En este sentido, resulta importante sostener una posición crítica que permita repensar las prácticas y los saberes, es decir, implica una ruptura con dinámicas instituidas, permitiendo dar cuenta de la realidad compleja de este campo de intervención.

Contrariamente a nuestra posición, el *modelo médico hegemónico* refiere a una forma particular de entender a la salud-enfermedad y a cómo esta debe relacionarse con las personas. Cabe aclarar que su hegemonía se debe a que durante mucho tiempo este modelo fue admitido como el único posible. En la actualidad dicha realidad se fue afianzando con el contexto pandémico, que trajo aparejado un sistema de salud centrado en los procesos de salud-enfermedad desde una mirada biologicista basada en la eliminación de un nuevo virus, el Covid-19, desplazando de las prácticas a las diferentes aristas que conforman la salud.

En vistas de lo expresado anteriormente, cabe agregar que se concibió a “los problemas de salud [como] individuales y [que] consisten en apartarse de la normalidad biológica [...] las enfermedades agotan la cuestión de la causalidad” (Testa, 1996, p. 9). A su vez, el modelo dominante afianzó la biomedicina, como único medio para contrarrestar al virus. “La pandemia – en tanto proceso social complejo— nos introdujo en las encrucijadas de un laberinto, que se niega y se pretende ocultar bajo soluciones lineales que ignoran la complejidad de los sujetos, de lo social y de la pandemia”² (Spinelli, 2020, s/p).

² Los guiones medios son textuales.

El punto clave en la posición biologicista es hacer foco en atacar la enfermedad, dejando de lado a todo el ser y el contexto que lo rodea.

Esta concepción individual y biologicista de la práctica, surge como resultado de una excesiva especialización de la práctica, fragmentación del objeto de conocimiento, y la negación de los factores sociales que influyen más allá de lo biológico e incluso de lo psicológico (Belmartino, 1988, p. 198).

Una consecuencia central del modelo médico es la fragmentación, ya que no tiene en cuenta la totalidad de factores que atraviesan a la persona y el colectivo que la rodea, que también hacen al proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado (SEAC). Es decir, olvida a los sujetos como seres integrales, que a su vez está determinado por el contexto y por las relaciones que lo condicionan. Es por esto que requiere un saber técnico y específico; no tiene en cuenta las contradicciones que pueden aparecer de acuerdo a determinadas condiciones sociales (Belmartino, 1988). A su vez, ese saber técnico es avalado por una institución que contribuye a su reproducción, donde el modelo apunta a la medicalización de los procesos, busca intervenir y controlar definiendo lo que es sano y lo que es enfermo.

Los avances de diferentes autore/as, tanto a nivel conceptual y práctico de la salud, propician cuestionamientos al modelo hegemónico ya que, como afirma Eduardo Menéndez (2020), en salud “los procesos [...] no son mecánicos, unilaterales ni definitivos; los procesos incluyen y a veces evidencian las fuerzas sociales que operan en ellos, por lo que en el desarrollo de la biomedicina conviven diferentes tendencias y proyectos” (s/p). Es de suma importancia reconocer los procesos económicos, políticos, ideológicos y culturales, la influencia de la estratificación y la desigualdad en los procesos de salud/enfermedad, como forma de interpelación ante una determinada concepción.

Es por lo expuesto que consideramos que el campo de la salud debe ser interpelado por las *teorías del conflicto* (Lopez Arellano y Blanco Gil, 1994). Esta corriente da cuenta de que las causas de la desigualdad social son producto de la naturaleza y de los modos de reproducción y las lógicas distributivas, lo que repercute en los procesos de salud/enfermedad y en el acceso a la salud como derecho.

La salud-enfermedad como expresión de una compleja estructura, en donde los procesos sociales determina y subordinan a los procesos bio-psíquicos, planteando que los orígenes de la enfermedad no solo se localizan en el cuerpo, sino en condiciones externas [...] e influencias amortiguadoras (Lopez Arellano y Blanco Gil, 1994, p. 378).

Por ende, el contexto social, influenciado por la globalización y las relaciones económicas, políticas y culturales, determina las formas de concebir los procesos de salud/enfermedad. También, posibilitan o restringen la implementación de leyes y políticas en el campo de la salud y, por consiguiente, afectan las prácticas micro, que se constituyen en prácticas diferenciales entre los grupos sociales (en relación al acceso, las modalidades e instituciones de atención).

1.2. La construcción del sistema de salud en Argentina y en Córdoba

Los autores María Elías (1999) y Carlos Acuña y Mariana Chudnovsky (2002) nos posibilitan identificar cuatro etapas en función de la concentración o descentralización de las decisiones que se tomaron desde el Estado respecto al sector salud. Para lograr comprender las decisiones que hoy se toman y la forma que ha ido adquiriendo el *sistema de salud*, es que traemos a colación dichas etapas. En algunos puntos las diferencias son difusas, pero a grandes rasgos, nos permiten entender la lógica con la que se pensaba a la salud desde los sectores de poder.

La primera etapa se ubica en la primera mitad del siglo XX, donde la función del Estado en relación a la salud de la población, era subsidiaria y sólo ofrecía respuestas puntuales y de corto plazo ante contingencias no previstas. En este punto la caridad estaba muy presente en la realidad social y la salud era entendida como una condición y responsabilidad individual.

La siguiente etapa, avanza a los años 1945-1955 y significó un rotundo cambio de paradigma. La salud pública fue considerada como responsabilidad estatal, cobrando interés y pasando a ser dependiente del presupuesto central; para lo cual fue clave la creación del Ministerio de Salud en 1949. Por su parte, las obras sociales comienzan a reunir a los trabajadores por rama de actividad. Continuando con la tercera etapa, podemos situarla entre 1955-1978 y comienza con la descentralización del sistema de salud; es decir, se transfieren a las provincias y municipios las responsabilidades de los establecimientos que estaban en manos del Estado nacional. A su vez, las obras sociales y sus prestaciones de salud se consolidaron, reduciendo la importancia del sector público.

La última etapa se ubica desde 1978 en adelante y está marcada por una profundización de la descentralización sin compensación presupuestaria, lo que deterioró la provisión de salud y la capacidad instalada. Particularmente, el proceso de reforma que surge en la década de los años noventa, fue producto de las recomendaciones de entes multilaterales de empréstito (Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional), la profunda crisis

económica de 1989 y las expectativas que se pusieron en las privatizaciones. Desde allí, surgen varias reformas de tinte neoliberal, como la creación de Hospitales de Autogestión donde las obras sociales debían pagar por los servicios recibidos por sus beneficiarios en instituciones públicas. Dicha figura no logró ser del todo funcional dado que cobrarles a las obras sociales o las prepagas fue difícil.

En Córdoba, a partir del año 1995, se dieron dos momentos que podemos diferenciar claramente. Por un lado, las primeras medidas “tendieron a mitigar los efectos de la crisis a través de la puesta en práctica de programas de ajuste del sector” (Ase y Buriyovich, 2000, p. 8). Dichas medidas se materializaron en la reducción del personal y de presupuesto en general, que fueron respaldadas por la crisis presente en el territorio. En un segundo momento, buscó “lograr un nuevo modelo de atención en el sub-sector público que dé una respuesta eficiente” (ídem).

En medio de la crisis y las reformas nombradas, el gobierno se adhiere a mecanismos de gestión privada, quienes incorporan una cultura administrativa en el sector público. En el discurso, estos cambios son claves para “la modernización y efficientización de la capacidad de gestión, buscando agilidad en lo que se refiere a la toma de decisiones” (ídem, p. 9). De forma ágil, la provincia comienza un proceso de municipalización de APS que generó más precarización, fragmentación y agudizó las inequidades.

Los inicios del siglo XXI estuvieron marcados por una nueva crisis económica, política y social que volvió a afectar a este sistema, “se rompió la cadena de pagos de medicamentos, insumos y de los servicios tercerizados de los hospitales y hubo demoras en los pagos a los trabajadores del sector” (Ballesteros, 2017, p. 163). En tanto, se pronunciaron las diferencias de acceso a la salud entre quienes podían costear la cobertura del sector privado y quienes debían dirigirse al sistema público. A partir del 2003 se comienza a recomponer la economía y surgen diferentes programas para garantizar el acceso de la población al derecho a la salud. Un punto central es la jerarquización de la APS, buscando la articulación con los otros niveles de complejidad, aunque esto último no se consolidó correctamente.

El sistema de salud actualmente está dividido en 3 *subsistemas*: el público, el respectivo a las obras sociales y el privado. El primero, intenta o pretende dar cobertura a toda la población y debe atender las mayores y más costosas complejidades, debido a la universalidad de la prestación estatal y la garantía del acceso a la salud. Por otro lado, las obras sociales abarcan a los diversos sectores de trabajador/as asalariados y se financian de sus aportes, pero no atienden al creciente número de desempleados y partícipes de la nueva

economía popular. Por último, el subsector privado, atiende a la menor cantidad de población, que son quienes poseen una mayor capacidad adquisitiva. Con lo expuesto, afirmamos que la salud a lo largo de la historia se ha convertido paulatinamente en una mercancía; acentuándose la privatización del sistema sanitario y su desregulación.

Complejizando la lectura reconocemos que, en consecuencia, el sistema de salud fue atravesado por la ‘triple crisis’ (Belmartino, 1988), conocida de esta forma porque significó crisis de costo, de eficacia y de accesibilidad. De esta manera, se produjo que la mercantilización y la tecnificación de la salud incidan en la vida de la población; los niveles de atención se complejizaban y demandaban mayor dedicación, necesitando prácticas abocadas al cuidado y asociadas con la vida moderna.

La crisis [...] viene del interior del mismo modelo que se revela capaz de seguir produciendo ya sea por la cantidad de recursos que la sociedad está dispuesta a dedicarle, por los problemas que el mismo modelo debería plantearse o se plantea solucionar [...] [como] también por la demanda que este modelo ya no puede satisfacer (Belmartino, 1988, p. 204).

Recapitulando, nos encontramos con un sistema de salud desgastado, desfinanciado y desconectado entre provincias. Por su parte, el Ministerio de Salud de la Nación no tiene una injerencia concreta dado que posee escasos hospitales a su cargo. Esto produce que cada una de las pautas y políticas que se sancionan son adaptadas a las necesidades y posibilidades propias de cada jurisdicción.

En este sentido, en la provincia de Córdoba poseemos un Ministerio de Salud Provincial, desde el cual se ejecutan diversas políticas públicas. Dentro de sus funciones, se encarga de coordinar el Consejo Provincial de Salud que sirve de asesoría para el Poder Ejecutivo; también se planifican y ejecutan diversas campañas epidemiológicas en eventos, llegando a los diferentes departamentos y comunas. Por otra parte, mantiene a su cargo hospitales públicos provinciales y regionales³ y regula, controla y fiscaliza tanto a las entidades de medicina prepaga como a las profesiones de la salud.

La descentralización de funciones, como bien hemos hecho alusión, no sólo es desde la Nación a las provincias, sino que al interior de cada provincia también sucede algo similar. En lo que respecta a la ciudad de Córdoba, encontramos a la Secretaría de Salud que actúa de manera más focalizada dentro del departamento Capital. Lo cual, puede reflejarse en el inciso

³ Vale aclarar que al nombre de hospitales provinciales, se concentran diversas instituciones en la Capital, quedando así los hospitales regionales distribuidos al interior de la provincia. Estos últimos, dependen financiera y administrativamente del Gobierno Provincial.

de sus funciones: "Promover la descentralización de la Gestión Municipal en la salud y desarrollar una política, que promueva eficazmente la distribución y el acceso a los medicamentos y tecnología sanitaria" (Municipalidad de Córdoba, s/f). De esta manera, se promueve el trabajo comunitario, articulando diferentes centros municipales de salud distribuidos en los barrios de la ciudad. Dichos centros dependen, a su vez, de la Dirección de Atención Primaria de la Salud (DAPS), que desarrollaremos en apartados subsiguientes.

1.3. Marco normativo en salud

Es necesario reconocer el marco normativo que nos ampara para poder accionar en dicho campo. En este sentido, partimos desde el plano macro, refiriéndonos a la Declaración Universal de los Derechos Humanos y a la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Por un lado, la primera afirma en su art. 25° que: "1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios [...]".

Por otro lado, la Convención Americana sobre Derechos Humanos (conocido como el Pacto de San José de Costa Rica) establece en el art. 1°, sobre la Obligación de Respetar los Derechos, que: "1. [...] se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio [...] sin discriminación alguna por motivos de raza; color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas [...] o cualquier otra condición social". También, en el art. 5°, sobre el Derecho a la Integralidad Personal, que: "1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral".

En ambos casos, podemos destacar que la atención de la salud debiera garantizarse a toda persona, por su condición de ciudadane universal. Lo cual constituye al derecho a la salud como una cuestión social a demandar (Elías, 1999) ante el incumplimiento o la negación del acceso al mismo. Sin embargo, al ser normativas de corte internacional, en la práctica su denuncia es común que se vea truncada ya que no resulta un procedimiento de fácil acceso el peticionar ante organismos internacionales debido a la burocratización del mismo. Además, como hace mención Carlos Juárez Centeno (comunicación personal 1, 13 de junio de 2020), hay que tener en cuenta que la responsabilidad primaria del sistema de protección de los Derechos Humanos recae sobre los gobiernos nacionales debido a la subsidiariedad y la primacía del derecho o sistema nacional.

Dirigiéndonos al ámbito nacional, encontramos a la Ley Nacional 26.529 de Salud Pública sancionada en 2009, en un contexto de creciente recuperación económica y social, en

la que se implementa la reforma previsional en la Argentina con la eliminación de las AFJP⁴ y la creación de ANSES. En dicho marco histórico, y teniendo por antecedente el proceso de descentralización y la creación de los subsistemas del sistema de salud, fue una apuesta del gobierno nacional por sancionar dicha Ley. En ella se plantean los derechos esenciales que rigen en la relación paciente-profesional de la salud, remarcando el derecho del acceso a la salud sin discriminación alguna.

Otros puntos importantes que esta normativa resalta, se encuentran plasmados en su Art. 2°. Los cuales refieren al trato digno y “con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad”. Además, de la confidencialidad de la documentación clínica y el derecho de autonomía de la voluntad “con o sin expresión de causa”.

Particularmente, en Córdoba, contamos con la Constitución de la provincia que se constituye en la carta magna del territorio. En primer lugar, vale resaltar que en el capítulo II, encontramos al Art. 1° que refiere al principio de igualdad: “La igualdad consiste en que la ley sea una misma para todos los ciudadanos sea que castigue ó que proteja”. También, el Art. 2° refiere a que “todo hombre gozará de estos derechos en el territorio del Estado, sea o no ciudadano, sea Americano, o extranjero”. Ambos artículos reflejan lo que mencionamos anteriormente sobre la obligación de respetar los derechos que se plasma en el Pacto de San José de Costa Rica.

Al adentrarnos en los diferentes apartados que componen esta Constitución, procedemos a destacar algunos artículos referidos a la salud. Encontramos recién en el capítulo IV, donde se mencionan las atribuciones del Poder Legislativo, que en su Art. 32° se postula: “promover el bienestar común y la prosperidad de la Provincia, dictando leyes sobre trabajo, higiene, moralidad, salud pública, asistencia social y sobre todo otro asunto de interés general que no corresponda privativamente al Gobierno de la Nación”. Dicho enunciado ubica al listado de derechos como prioritario en la agenda pública y es dónde se asientan las discusiones en el acceso, ya que debieran estar garantizados.

Posteriormente, en el apartado de las Atribuciones y deberes del Gobierno Municipal⁵, tenemos al Art. 134°, que en su inciso 2 se plantea como una obligación “velar por la salud pública, estética y comodidad; establecer la vigilancia higiénica de los sitios de recreo, diversiones, espectáculos y demás lugares de reunión”. A su vez, el Art. 136° de la misma sección refiere a que “[...] los municipios y comisiones municipales podrán adherir al

⁴ Administradora de Fondos de Jubilaciones y Pensiones.

⁵ Para mayor información, dirigirse al Título II, sección primera.

régimen de salud pública e higiene de la Provincia y solicitar su aplicación por los organismos especializados de aquélla en sus respectivas jurisdicciones [...]”. Lo anterior refleja la descentralización del sistema de salud al interior provincial, cuestión que ya hemos mencionado en el apartado anterior.

La ley es bastante específica en la sección II, capítulo I, expresando en el Art. 19° que “todas las personas en la Provincia gozan de los siguientes derechos conforme a las leyes que reglamenten su ejercicio: 1. A la vida desde la concepción, a la salud, a la integridad psicofísica y moral y a la seguridad personal”. De la misma forma, establece los deberes de todas las personas en la sección III, Art. 38° “9. Cuidar su salud como bien social”.

Por último, en la sección IV que refiere a Garantías, observamos que en el Título II, capítulo I se aborda específicamente a la salud. De esta manera, se plantea que “la salud es un bien natural y social que genera en los habitantes de la Provincia el derecho al más completo bienestar psicofísico, espiritual, ambiental y social” (Constitución de la Provincia de Córdoba, Art. 59°). El Gobierno garantiza el derecho a la salud a través de diferentes acciones “integrales de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud” (ídem) y diversas prestaciones, con la participación activa de la comunidad. Así, el rol del Estado se dirige a establecer, regular y fiscalizar el sistema de salud, integrando todos los recursos y concertando la política sanitaria con el Gobierno Nacional, los municipios e instituciones sociales públicas y privadas.

Finalmente, en dicho artículo se plantea la universalidad de la cobertura de salud, que incorpora los controles de riesgos para la salud tanto biológicas como ambientales. Esto último, nos da a entender que se sostiene una visión ampliada que va más allá de la salud física de las personas, también es relevante el cuidado del entorno que habitamos por tener incidencia directa. Asimismo, se plantea un acceso igualitario a la atención y terapias en diversas instituciones, garantizando el uso de tecnologías de complejidad.

En cuanto al nivel municipal, en la ciudad de Córdoba partimos por considerar la Carta Orgánica Municipal, que en su Art. 9° de Derechos y Deberes de los Vecinos expone en su inciso 1° el derecho a “la educación, la cultura, la salud, la promoción social, al ambiente sano, al desarrollo sustentable, la práctica deportiva y recreación”. Además, en el Art. 12° proclama que como habitantes del distrito, tenemos como deber “cuidar la salud como bien social” (inc. 8°).

Como pudimos evidenciar en la Constitución Provincial, aquí también hay un apartado exclusivo sobre Salud, el cual puede ubicarse en el Art. 33°: “El Municipio reconoce la salud como derecho fundamental del hombre desde su concepción y en

consecuencia garantiza su protección integral como bien natural y social”. También, se plantea la función de control periódico de los factores biológicos, psicológicos, ecológicos y sociales que puedan dañar a las personas, mediante un rol socioeducativo. El gobierno busca realizar acciones conjuntas con otros municipios, la Provincia, la Nación, pero también con instituciones públicas, privadas y organizaciones de la sociedad civil, promoviendo así un trabajo intersectorial “con especial énfasis en la atención primaria de la salud” (Carta Orgánica Municipal, Art. 33°). Asimismo, “asegura la participación de la comunidad en la selección de prioridades de atención, en la instrumentación y evaluación de programas” (ídem).

Por otro lado, nos encontramos con la Ordenanza N° 12.913 que ratifica el convenio para el Desarrollo del Programa de Equipos Comunitarios- Cobertura Universal de Salud. La misma, está realizada en comunión entre el Ministerio de Salud de la Nación, el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba y la Municipalidad de Córdoba. Si bien ha sido aprobada por Decreto N° 2.859 en septiembre de 2018, es recién sancionada en 2019 y puesta en vigencia en octubre de 2021, teniendo en cuenta que durante el período de pandemia y Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (en adelante, ASPO), han interferido en las sesiones del Concejo Deliberante. Este convenio se plantea como objetivo general

asegura [...] el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención a través de los Equipos de Comunitarios financiados por el MINISTERIO y capacitados por universidades y/o el MINISTERIO y/o la PROVINCIA mediante la realización de capacitaciones en Salud Social y Comunitaria y en Atención Primaria de la Salud y Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención⁶ (2018, p. 2).

La presente normativa, se propone dentro de sus objetivos específicos, promover acciones de protección y promoción de la salud manteniendo como horizontes la accesibilidad, integralidad y calidad en la relación salud-enfermedad-atención. También, busca impulsar y fortalecer el trabajo intersectorial y la construcción de las redes territoriales, para afianzar la participación comunitaria y así, alcanzar una ciudadanía activa. En la práctica, sólo es implementada en algunos barrios de la ciudad, como lo son Villa Siburu, Villa La Tela, Cabildo y San Roque, quedando excluido en este caso los barrios a los que hemos asistido para realizar nuestras prácticas pre profesionales.

⁶ Las mayúsculas son textuales.

En síntesis, nos resulta de suma importancia poder partir de un recorrido histórico, plasmando luego nuestro posicionamiento con respecto al concepto de salud, para finalizar por el reconocimiento del marco jurídico que respaldó nuestra intervención. En este sentido, poder tener presente la historia y las leyes que regulan el accionar, nos permite y posibilita reflexionar acerca de las prácticas que se desarrollan en los territorios. En el capítulo siguiente profundizaremos en la salud desde la APS, pudiendo establecer un diálogo con la perspectiva de género y los feminismos.

CAPÍTULO 2

Entender la salud desde la perspectiva de género



2.1. Atención Primaria de la Salud

La APS forma parte de la medicina preventiva, puesto que se fundamenta en la prevención y atención de enfermedades en los territorios. Dicha forma de atención, comenzó a popularizarse a fines de 1970, cuando la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) advierte sobre la crisis de accesibilidad al sistema, en ese momento se hace foco en la detección y tratamiento de enfermedades de transmisión. Etimológicamente, la denominación ‘primario’ trajo varias discusiones, una postura se refería “a lo ‘primitivo, poco civilizado’ y la otra a ‘lo principal o primero en orden o grado’”⁷ (Rovere, 2012, p. 334).

La Conferencia Internacional sobre APS, reunida en Alma Ata, opta por la segunda denominación debido a que se plantea la necesidad de salud para todos, utilizando la APS como estrategia para lograr dicho objetivo. De esta forma se constituye en el primer contacto del sistema de salud con las personas y la comunidad, es decir se constituyen en

una red de establecimientos interconectados por claros procedimientos de referencia y transmisión de la información pertinente que ordenan la circulación interna de los pacientes en el sistema; también implica un ordenamiento territorial regionalizado y un comportamiento social que sigue, más o menos disciplinadamente, las normas de ingreso y circulación (Testa, 1996, p. 3).

Como hicimos mención, el sistema de salud está fragmentado en niveles de atención, esto se basa en el análisis epidemiológico de los problemas de salud y la consideración de los recursos tanto humanos como tecnológicos. El primer nivel se ocupa de atenciones básicas volviéndolo el más solicitado. Por otro lado, el segundo y tercer nivel se encargan de respuestas que requieren diversos grados de complejidad y especialización, recibiendo las derivaciones de los niveles precedentes.

En nuestro país contamos con la particularidad de que, organizacionalmente, se conjugan dos formas de atención. Así, en los centros de salud se encuentra un profesional de salud generalista que se encarga de la atención de quienes acuden al servicio. De esta manera, atiende aquellas situaciones “que estén a su alcance y distribuyendo los restantes a las consultas correspondientes según su criterio” (Testa, 1996, p. 2). Cabe agregar que lo anterior expuesto se conjuga con “la atención por especialistas de nivel primario -pediatra, tocoginecólogo, clínico [...] - a los cuales el paciente accede directamente” (idem).

⁷ Las comillas internas son textuales.

Un rasgo principal de la APS es que se ocupa de la prevención, promoción, curación y rehabilitación. A su vez, podemos destacar algunas características como la importancia que se le da a las condiciones económicas, socioculturales y políticas de cada comunidad, así se corre el foco del sujeto individual, teniendo en cuenta el contexto particular en el que está inserte. También, debe apoyarse en sistemas de colaboración recíproca, promoviendo la autonomía y la participación. En relación a esto último, la difusión y el acceso a la información son centrales, pero además lo es la comunicación entre pares para transmitir los reclamos comunes a quienes corresponda.

Los valores en los que se asienta refieren al derecho a la salud y la equidad en el acceso, sustentándose en las nociones de eficacia y eficiencia, como también de la solidaridad, dado que compromete a toda la sociedad a trabajar por el bien común. Sostiene como principios responder a las necesidades de salud desde una mirada integral y de calidad de los servicios. Esta perspectiva hace foco en los grupos más vulnerados, promueve la justicia social e incorpora la perspectiva de la interseccionalidad⁸ y está orientado a la sostenibilidad del sistema, no agotando los recursos en una sola intervención. Asimismo, incluye la rendición de cuentas como herramienta para exigir el cumplimiento del derecho a la salud (Buriyovich y Ase, 2007).

La construcción de la APS, particularmente en la ciudad de Córdoba, comienza en 1974 cuando, con presupuesto de la Nación, se implementan programas de atención que tenía como destinatarios a madres y niños, orientado a “control epidemiológico general y comunitario” (Utz, 2007, citado en Bocco, Morillo, Suaez, 2008, p. 4). Cabe destacar que no contaban con edificios como los conocidos actualmente, sino que la atención de medicina clínica y enfermería se desarrollaba en casas de familia. Ese mismo año se crea la DAPS como institución de control en la ejecución y en la cobertura de sus servicios a toda la población.

Es en 1981 cuando la descentralización se hace más visible con el traslado de Centros Materno Infantiles desde la provincia a la administración municipal. Como ya lo anticipamos, con la crisis de 1995 “se produce, en un lapso de seis meses, la transferencia masiva de efectores sanitarios de baja complejidad desde la jurisdicción provincial al municipal” (Ase, 2005, citado en Bocco, Morillo, Suárez, 2008, p. 4), como una medida de ajuste fiscal y de redistribución de responsabilidades. En la década de los noventa, la DAPS crea las Unidades

⁸ Esta categoría será desarrollada más adelante.

Primarias de Atención de Salud (UPAS) para avanzar en la extensión de cobertura de los centros de salud.

Actualmente, la ciudad cuenta con la existencia de 101 centros de salud a cargo de la municipalidad, brindando la atención en medicina general, enfermería, ginecología, odontología; en algunos establecimientos poseen otras especialidades como psicología, trabajo social, nutrición y pediatría. Estos centros se encuentran distribuidos en los diferentes barrios de la Ciudad, con una propuesta que permita la participación social, la territorialidad y la prevención.

Bajo esta línea de trabajo, los diferentes equipos de salud van diversificando su atención de acuerdo a las realidades de cada territorio donde se encuentran insertos, es decir poseen un compromiso ético político de vinculación con la sociedad permitiendo la toma de “decisiones estratégicas, asumiendo la salud de la población del área como responsabilidad propia. Se trata de asegurar capacidad de gestión en los niveles donde se viven los problemas incorporando las perspectivas de la comunidad y sus conflictos” (Bocco, Morillo, Suarez, 2008, p. 5).

De modo particular, la pandemia causada por el Covid-19, puso en crisis a la vida en la sociedad moderna y, en especial, la de los países latinoamericanos, sacando a la luz las múltiples deficiencias del sistema de salud; ya que su capacidad limitada amplió el desafío de abordaje para atender la realidad que acontecía. Esta situación, vislumbró que, desde el sistema de salud, se sostenía la posición de considerar al virus como un enemigo al que se debe combatir y atacar (Belmartino, 1988). Complejizando esto, Hugo Spinelli (2020) nos permite detectar que ello se trata de un paradigma netamente biologicista, sin atender la complejidad social. Ante esta situación, específicamente en marzo del 2020, la OMS exhorta a los gobiernos a aumentar la inversión en salud, para atender de forma eficiente la situación sanitaria actual (OMS, 3 de marzo del 2020, s/p).

La APS estuvo fuertemente atravesada por esta realidad, restringiendo la prestación de servicios de salud, ante lo cual les “profesionales de salud tenían que evaluar si un pedido era lo suficientemente urgente o no” (Karstanje, Ferrari, y Verón, 2020, p. 5) para ser atendido. Frente a este contexto, se presenció la reducción de insumos médicos, particularmente la provisión de los métodos anticonceptivos (en adelante, MAC), debido a que se priorizó la atención al virus, dejando de lado otras cuestiones que implican a la salud integral. A pesar de los recortes, los centros de salud jugaron un papel primordial dada su proximidad a la comunidad; puesto que se encargaron de la prevención, detección y seguimiento de los primeros brotes en los territorios. A su vez, continuaron con la atención de

demandas, evidenciando la capacidad de respuestas inmediatas frente a la diversidad de problemáticas.

2.2. Salud sexual y (no) reproductiva desde la APS

En nuestro proceso de intervención, hicimos foco en la salud sexual y (no) reproductiva; la cual es un derecho que se debe garantizar desde la salud, donde la APS presenta un rol protagónico para su acceso. La salud sexual, de forma amplia, “no tiene que ver solamente con la genitalidad o la sexualidad, sino que atraviesa todos los ámbitos de la vida” (comunicación personal 2, 27 de julio del 2021); hace referencia a un bienestar físico, social, mental y comunitario relacionado con la sexualidad (Oizerovich, Perotta, s/f) desde que nacemos. Es decir, no apunta a la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad.

No podemos pensar en el encuentro con otros sin tener en cuenta a la sexualidad como transversal a toda relación social, ya que nos fundamenta como agentes. En este sentido, pensar la sexualidad abarca imaginarios colectivos y constituye nuestra identidad, desde antes de nacer. Esta noción abarca más que el sexo, es decir, está influida por factores biológicos, psicológicos, políticos, religiosos, espirituales, sociales, económicos y culturales. Es decir, algo que se vive y se expresa, y que implica una mirada desde la complejidad que involucre al género, sus roles, la identidad vivida y la orientación sexual.

Las políticas relacionadas a este derecho, centradas en el ser humano y en la equidad de género, no datan de largos años. Esto tiene estrecha vinculación con la conferencia realizada por la Organización de las Naciones Unidas en El Cairo en 1994; donde se postulan derechos básicos en relación a la salud sexual. Esos derechos se refieren al acceso a la información, a la educación sexual integral, a decidir el número de hijos deseados y el tiempo entre cada uno, a acceder a la anticoncepción y ejercer la sexualidad libre y placenteramente, más allá del marco de la reproducción. Todo ello, libre de actos de discriminación, coerción y violencia.

Asumimos la *(no) reproductividad*, coincidiendo con Josefina Brown (2007), ya que consideramos en conjunto que este término abre la mirada a derechos “relacionados a la reproducción, [...] la anticoncepción y el aborto” (s/p) y, además los “relativos al ejercicio libre de la sexualidad sin discriminación, coerción o violencia” (idem). En otras palabras, incorporamos la diversidad sexual, los roles, el erotismo, el placer y la intimidad en las lecturas del proceso. Por ello, apelamos a la APS como base desde la cual abordar la temática, utilizando la herramienta de las consejerías como espacios de escucha activa, de información, de respeto y ternura. En ese sentido, tomamos las palabras de Martha

Rosemberg al decir que “no hay salud reproductiva ni sexualidad responsable sin construcción de relaciones de género que respeten la autonomía de las mujeres en sus definiciones y decisiones sexuales y reproductivas” (citada por Feltri y otros, 2006, p. 309).

En esta línea, los centros de salud dependientes de la DAPS, deben garantizar el acceso al Programa de Salud Reproductiva, Sexualidad y Planificación Familiar. Dicho programa tiene como uno de sus objetivos generales “facilitar a toda la población el derecho a decidir libre y responsablemente sus pautas procreativas brindando la información necesaria y los medios para ejercerla” (DAPS, 2012, p. 2). Además, destacamos dos de los objetivos específicos, los cuales refieren a “asegurar la cantidad y continuidad en la provisión de los recursos necesarios” (ídem); y “propiciar la creación de un espacio centralizador de la actividad y evaluador permanente de los impactos” (ídem, p. 3). Las finalidades de dicho programa fueron puestas en jaque en un sistema, como mencionamos anteriormente, en crisis.

2.3. Marco normativo en salud sexual y (no) reproductiva

Para desplegar estrategias de intervención dentro del campo de la salud sexual y (no) reproductiva, es indispensable conocer el encuadre jurídico normativo sobre el que se asienta. En primer lugar, la Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud, está incluida en el marco interpretativo del Código Civil y Comercial. La misma, realiza una lectura desde los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos, logrando un consenso en la concepción de salud tal como la dispone la OMS, el reconocimiento de la mayoría de edad a los 16 años para las prácticas en salud y dispone reglas en el acceso al consentimiento informado relativo a la temática, entre otras. Dicha resolución se constituye en una conquista en términos de derechos, ya que no especifica a qué grupo poblacional está dirigida, sino que engloba a todos.

A nivel nacional la Ley N° 25.673 de *Salud Sexual y Reproductiva* y su Decreto Reglamentario 1282/2003, establece que el derecho a la misma debiera ser destinado a toda la población sin discriminación alguna según su art. 3°. De este modo, determina que el “propósito de garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos de toda la población y disminuir las desigualdades que afectan la salud sexual y la salud reproductiva, desde una perspectiva de derechos y de género” (Suárez y Cattaneo, 2017, p. 1) deba ser garantizado por el Estado. Sin embargo, distinguimos que es clave conocer la postura de los sectores de poder que definen las políticas públicas en Argentina ya que reflejan los condicionantes que se le imprimen a la población para el acceso a derechos.

Concomitantemente, dicha ley implementa el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable dependiente del Ministerio de Salud. Entre sus objetivos se plantea el prevenir embarazos no intencionales mediante el fortalecimiento de las consejerías en salud sexual, garantizando la provisión de MAC, brindando difusión de información, capacitando profesionales, entre otras estrategias. El Programa alude a un fortalecimiento de la capacidad de decisión de las mujeres con respecto a la maternidad.

Haciendo foco en las consejerías de salud sexual, el programa mencionado anteriormente, en su Art. 5° refiere que “el Ministerio de Salud en coordinación con los Ministerios de Educación y de Desarrollo Social y Medio Ambiente tendrán a su cargo la capacitación de educadores, trabajadores sociales y demás operadores comunitarios”. Lo anterior pone de relieve que hablar de salud sexual no se refiere a una práctica exclusiva de profesionales de la medicina, es decir, es reconocido como un campo de intervención interdisciplinaria que permite articular experiencias, saberes y subjetividades. En tanto, es clave para la democratización de los conocimientos y del empoderamiento de la población y, en particular, de las mujeres.

Para referirnos a los MAC, es importante tener en cuenta el programa nacional Remediar sancionado en 2007, a través del cual, en los diferentes Centros de Salud, se establece la entrega gratuita de diversos medicamentos. Dentro del listado de recursos que brinda, especificando en los MAC, encontramos a los anticonceptivos orales (ACO) y los inyectables (ACI), a los dispositivos intrauterinos (DIU), a los implantes subdérmicos, la píldora de emergencia y preservativos para personas con pene. Esta medida se destina a la población que se encuentra sin cobertura de alguna obra social o que, con sus ingresos, no logran acceder a la compra de los mismos. Sin embargo, el programa ha sufrido faltantes durante los meses de pandemia, activándose así la Línea Nacional de Salud Sexual (0800-222-3444); es una línea gratuita de atención que brinda asesoramiento e información confiable relacionada al disfrute de la sexualidad de forma segura, plena y responsable.

Dentro de la provincia de Córdoba, nos encontramos con la Ley N° 26.130 de Intervenciones Quirúrgicas de Contraconcepción, sancionada en 2006. Se constituye en otra normativa que implica un avance en términos de capacidad de decisión sobre la propia cuerpo⁹, como también refuerza que ser mujer no es sinónimo de ser madre. Dicha Ley, además de reglamentar y adherir a MAC irreversibles (LTB y vasectomía), establece la difusión masiva de información y la creación de la instancia de consejería. Esta normativa se

⁹ Elegimos esta definición para dar cuenta que nos referimos a las mujeres, como una búsqueda de empoderamiento.

encuadra dentro de la Ley Provincial 9.073 de creación del Programa de Maternidad y Paternidad Responsables, sancionada en diciembre de 2002. Particularmente, este programa se constituye central en nuestra intervención pre profesional, dado que haremos hincapié en los espacios de consejerías como central en la socialización de la información.

El Programa mencionado en el párrafo anterior, busca contribuir en la promoción y prevención de la salud, disminuir las muertes materno-infantiles y garantizar a las personas la libertad de decisión de una procreación responsable. Con la modificación en la Ley Provincial 9.099 sobre el Art. 12°, se plantea la adherencia al Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y Anticoncepción. A diferencia del nacional, el programa de la provincia aún se continúa nombrando de la misma manera; destacamos la importancia de las palabras utilizadas, puesto que hablar de ‘maternidad y paternidad responsables’ reduce la salud sexual a su aspecto reproductivo. Asimismo, desdibuja otras formas de maternidades posibles y reduce el abanico de la diversidad.

Dentro de lo que significa el derecho a poder decidir de manera libre y autónoma, consideramos imperioso remarcar las Leyes Nacionales N° 11.179 de Interrupción Legal del Embarazo y N° 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). La primera, refiere al Art. 86° del Código Penal Argentino, sancionado en 1921, que establece las causales a partir de las cuales debe garantizarse el acceso al aborto. Estos motivos refieren al peligro que ocasiona el embarazo sobre la vida o la salud de la persona gestante (física, psicológica, emocional, económica y social), o si es producto de una violación. Del mismo modo, deja por sentado cuál será la pena para aquellos profesionales de la salud que le nieguen la práctica y la garantía del derecho a cualquier persona gestante.

En la Provincia, el acceso a la interrupción del curso del embarazo se vio afectado por diversos mecanismos legales y sociales. Así, tenemos casos de mujeres, provenientes de sectores populares, que terminaron privadas de su libertad o que acudieron a prácticas desde la clandestinidad acabando muchas veces con su vida. Frente a la mortalidad materna a causa de la criminalización del aborto y la restricción de las autonomías para decidir, se sanciona la Interrupción Voluntaria del Embarazo en diciembre del 2020. Esta ley regula el acceso al aborto, para mayores de 16 años, hasta la semana 14 semanas y 6 días de gestación. A su vez, les menores de 13 años pueden acceder con el consentimiento del adulto responsable, previa consulta de la persona; y quienes tengan entre 13 y 15 años, pueden acceder sin necesidad de acompañamiento, en casos que no corra riesgos su vida.

La normativa antes mencionada, significa un avance en materia de derechos, debido a que busca garantizar un trato digno, privacidad, capacidad de decisión, información al

respecto y la atención de la salud desde una perspectiva integral. A su vez, exige una plena implementación de la Educación Sexual Integral y se entrelaza con el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y Anticoncepción, para el otorgamiento de anticonceptivos y fomentar el disfrute de la sexualidad. En este sentido, nos parece pertinente retomar el lema de Campaña Nacional por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito: “Educación Sexual para decidir. Anticonceptivos para no abortar. Aborto legal para no morir”.

2.4. Posicionamientos sobre la perspectiva de género y feminismos

Un pilar fundamental del trabajo social es la defensa del acceso a los derechos, que debe ser garantizado por el Estado. Asimismo, busca desentrañar las relaciones que se tejen en la trama social que puedan obstaculizar o beneficiar dicho acceso. Aportando a estas afirmaciones, el patriarcado y el capitalismo constituyen factores que dificultan la reproducción cotidiana de la vida, los autores Raquel Gutiérrez y Lohman Huáscar (2015), ponen en diálogo el patriarcado ligado al capitalismo.

En base a las consideraciones anteriores, el patriarcado consiste en un orden social, a partir del cual los varones ejercen poder de dominación por sobre las mujeres y disidencias, tanto en el espacio privado como en el público. Este sistema ha surgido de una “toma de poder histórico por parte de los hombres, quienes se apropiaron de la sexualidad y reproducción de las mujeres y de su producto, los hijos, creando al mismo tiempo un orden simbólico [...] como única estructura posible” (Varela, 2005, p. 177). Siguiendo a Mónica Tarducci y Marcela Zelarallán (2016), “la diferencia sexual se transforma en desigualdad social” (p. 6) y es sostenida por el poder político, económico, social, cultural y religioso predominante. La fuerte relación entre el capitalismo y patriarcado no es esporádica, ni excepcional, sino por el contrario son órdenes anidados en la sociedad y reproducidos para perpetuar el poder vigente.

En lo que respecta al capitalismo, este se centra en la producción y acumulación de recursos, en donde las relaciones de producción como actividad social se transforman en mercancía debido al intercambio de la fuerza de trabajo por una remuneración. Para que dicha acumulación pueda producirse, es necesario que se lleve a cabo la reproducción cotidiana de la existencia. En este sentido, los autores ilustran que dentro del sistema capitalista

la organización de la reproducción de la vida social no es un fin en sí mismo; sino un conjunto de operaciones para acelerar la creación y la circulación del valor de cambio; el valor de cambio no puede existir sin el valor de uso, pero

el segundo queda subordinado a la dictadura del primero (Tarducci y Zelarallán, 2016, pp. 31-32).

Al atribuir características a cada género, en función de roles y espacios a habitar, se actualiza la diferencia entre mujeres y varones. Con respecto a esta afirmación, se asignan posiciones diversas en el sistema de producción según las capacidades de quienes apuntan a la aceleración del valor de cambio (reproducción cotidiana) para ponerlo en circulación con la mayor antelación posible y, quienes realizan labores que impliquen remuneración económica. Son estas últimas tareas de producción las que ‘corresponden’ a labores realizadas por el varón-proveedor, perteneciente a la esfera pública y política, del uso de fuerza física y de la razón. Por el contrario, el trabajo que ‘corresponde’ a la mujer-madre, perteneciente a la esfera privada, se vincula con las tareas de cuidado y de lo doméstico, naturalizadas y legitimadas por el sistema patriarcal.

Con respecto a lo dicho anteriormente, Raquel Gutierrez y Lohman Huáscar (2015) afirman que “el capital no puede pensarse sin la reproducción de la vida, aunque su fin no sea ésta” (p. 21). El trabajo que la mayoría de mujeres, y en especial las mujeres migrantes, realizan es el trabajo ligado a la tarea de los cuidados y de lo doméstico, que es ignorado y configurado históricamente como ‘no trabajo’ fundado en que se realiza en el ámbito del hogar. Tomando a Silvia Federici (2014) “el trabajo de cuidados no es un trabajo por amor, es un trabajo para producir a los trabajadores para el capital” (s/p).

Sara Méndez Espina (2017) destaca que, en los estratos sociales más altos, las tareas de reproducción cotidiana y cuidados también son realizadas por mujeres de sectores populares o migrantes, muchas veces en condiciones de explotación laboral o irregularidad. Estas tareas, que forman parte de los trabajos escasamente remunerados, reproducen una condición de doble explotación, ya que las mujeres se dedican a esta tarea como forma de trabajo, al retornar al hogar, continúan con las labores domésticas. Lo anterior da cuenta de “una dificultad para conciliar el trabajo y la vida familiar” (Tajer, 2018, s/p), a lo que se le suma “la doble e incluso triple jornada laboral que recae sobre las mujeres” (ídem).

Incorporamos la posición de Paula Varela (2018), quién es clara al hablar de la metamorfosis del trabajo. Dicha noción quiere decir que cada vez hay más mujeres insertas en el mercado con peores salarios y menos presupuesto destinado a atender las necesidades que los mismos no alcanzan a cubrir, lo que implica “una crisis de la reproducción social de la fuerza de trabajo” (p. 13). Tales estereotipos se ven configurados y sostenidos de acuerdo al contexto particular en que se encuentran. Así,

ser pobre y ser mujer significa multiplicar, en algunos casos de forma exponencial, esas dificultades y sufrimientos. Son las mujeres quienes continúan hoy teniendo un acceso diferenciado a los mejores salarios, a los cargos más prestigiosos en el mercado de trabajo y en el campo político (Gentilli, 2014, p. 50).

Al tratarse de un apartado abocado a exponer sobre el trabajo social con perspectiva de género, resulta imperioso definir esta última categoría y otras allegadas a ella. En este sentido, Lamarca Lapuente Chusa (2004) señala que “el género se entiende como una construcción simbólica que alude al conjunto de atributos socioculturales asignados a la persona a partir del sexo y que convierten la diferencia sexual en desigualdad social” (s/p). El mismo hace referencia a ideas, costumbres, creencias y pautas de comportamiento que son transmitidas de una generación a otra, y pueden variar con el paso del tiempo. En suma, el género es una construcción sociocultural, a partir de la cual se definen atributos, características y valores diferenciados sobre lo ‘femenino’ y lo ‘masculino’.

En función del sexo biológico que se nos asigna al nacer y la/s identidad/es autopercibida/s, se jerarquizan “características que se le atribuye a la masculinidad en detrimento de lo que se asocia a la feminidad, erigiendo binomios antagónicos” (González y Yanes, 2013, p. 18). Así, la construcción del género conduce a la creación de las desigualdades sociales, invisibilizando (y por ende negando), a aquellas identidades que no se rigen por la relación binómica de femenino/masculino. Simone de Beauvoir afirma en su libro *El Segundo Sexo* (1949), que no se nace mujer sino que se deviene mujer. Entenderlo de esta forma nos permite desbiologizar el género, reconociendo que “la genitalidad que portamos no tiene que ver con las características sociales que se atribuyen diferencialmente a varones y a mujeres” (González y Yanes, 2013, p. 18).

Este concepto se ha ido modificando con el tiempo, permitiendo repensar el binarismo femenino/masculino, además de dar lugar a múltiples identidades de género autopercibidas por cada una. En este sentido, la diversidad se expresa en el espacio social, y su reconocimiento es parte de la lucha que se viene dando en la esfera de lo público, plasmándose en las legislaciones actuales. En la práctica, se presenta como un campo de contienda donde lo que se disputa es el acceso y efectivización real del ejercicio de los derechos en el que hay avances, resistencias y retrocesos. Esto último se refleja en la ampliación de derechos conquistados con la sanción de la Ley Nacional 26.743 de Identidad de Género en el año 2012.

Dicha Ley permite que las personas puedan registrar en su Documento Nacional de Identidad, con el nombre y el género (femenino/masculino) con el cual se autoperciban. En relación a la salud, determina que los tratamientos médicos de adecuación sean garantizados en todo el sistema de salud público y privado. Sin embargo, como esta ley seguía manteniéndose dentro de una concepción binaria, a partir del Decreto Nacional 476/2021 se incluye la posibilidad de identificar a aquellas personas cuyas identidades no sean percibidas ni como femeninas ni como masculinas con una X. Esto amplía el marco de identificación de las personas y pone en manifiesto que el Estado es quien debe garantizar el acceso a los derechos.

Resulta clave remarcar que, así como mencionamos anteriormente que el género es una construcción social, también lo son las categorías de *sexo* y *sexualidad*, aunque refieren a diferentes concepciones. La primera, se posiciona desde el determinismo biológico y se lo concibe dentro del sistema hembra/macho, como algo natural e inmutable. Por otra parte, desde el fundacionismo biológico, se introduce la idea del sexo como construcción social pero sin salirse de la idea del cuerpo desde su naturalización, que inhibe las posibilidades del género. Es decir,

cuando hablamos de naturalización nos referimos a una percepción absolutamente esencialista y biologicista del cuerpo humano, sobre todo de ciertos cuerpos humanos, que afecta a distintos colectivos (mujeres, negros, homosexuales...), y que lleva implícita su marginación social por razones biológicas y anula toda posibilidad de cambio (Esteban, 2006, p. 11).

Es a partir de los aportes de Judith Butler (2007), que las concepciones sobre tales categorías comienzan a cambiar. La filósofa feminista plantea la performatividad del género puesto que “lo que consideramos una esencia interna del género se construye a través de un conjunto sostenido de actos, postulados por medio de la estilización del cuerpo basada en el género” (p. 17). Es decir, se produce “un conjunto de efectos sociales, y aunque éstos no siempre son efecto del discurso ‘oficial’, sin embargo influyen en el poder social no sólo regulando los cuerpos, sino también formándolos” (Butler, 2004, citado en Nuñez, 2020, p. 12). Tales efectos sociales, se plasman en las acciones producidas por los discursos que “exceden y perturban los propios contextos autorizados de los cuales han surgido” (ídem).

La autora aporta que “el género instituye la diferencia sexual anatómica como hecho natural” (Martínez, 2011, p. 132). Para pensar en esto, hacemos alusión a la intersexualidad, que pone en crisis la idea de la diferencia a partir de características fenotípicas, anatómicas y fisiológicas, debido a la existencia de diversidad que no corresponden al binarismo

macho/hembra. “El cuestionamiento de la reificación del binario sexo/género se encuentra contenido, al menos en parte, en la evidencia de que el sexo no ofrece una morfología binaria exhaustivamente clasificable” (Kessler y McKenna, 2000, citado en Martínez, 2011, pp. 133-134).

La dicotomía sexo/género, no ha hecho más que clasificar y controlar la reproducción de las diversas corporalidades, sancionando y marginando a las que se salen de lo normado. Todo ello se basa en una práctica discursiva a través de la cual se materializan los cuerpos, es decir, que por medio del discurso no sólo se describe sino que se instituyen realidades materiales (Foucault, 2007). Por este motivo, “cuando se habla de personas no se trata de verlas tal y como están construidas biológicamente y de manera natural, sino tal y como se construyen socialmente” (Juliano, 2010, p. 152), a lo cual, desde nuestra mirada, la profesión debe bregar.

Además del sexo y el género, la sexualidad abarca las identidades, los roles, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Este término se ve influido por múltiples factores: “biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales” (Tassile, 2020, p. 28). La noción mencionada puede adquirir diversidad de formas y tiene especificidad histórica y cultural, siendo clave en el desarrollo de la vida de las personas.

Asimismo, la *identidad de género* se refiere a la vivencia del género tal y como cada persona la experimenta. Por otro lado, la *expresión de género* apunta a cómo lo manifestamos, de acuerdo a la forma de vestirnos, nuestro comportamiento, gestualidades, afinidades, intereses, estilos de vida, entre otros. Estas características varían de una persona a otra, y muchas veces al transgredir los parámetros normativizados dentro de la sociedad, se margina, persigue, humilla y discrimina por la expresión de género antes que por la orientación sexual.

A su vez, esta última concepción refiere a la capacidad de sentirse atraídas física, sexual, emocional o románticamente, por otras personas. Una puede sentirlo por personas del mismo género, un género diferente, más de una identidad o simplemente ninguna, aunque el patriarcado sostenga la heterosexualidad como la única admisible. En este punto, resulta importante destacar que la orientación sexual no es una elección que una realiza, sino que forma parte de la esencia de cada persona. En este sentido, “la aceptación de la fluidez de la conducta humana y del derecho de cada persona a caminar, andando o desandando, su propio camino” (Juliano, 2010, p. 157) favorece el ejercicio de derechos.

En base a lo expuesto, podemos hacer mención que la perspectiva de género nos permite problematizar las diferencias, los estereotipos y los cuestionamientos que reciben nuestras cuerpos y comportamientos. Poder poner en jaque la desigualdad de género implica cuestionar, que la reproducción cotidiana de la existencia esté a cargo de las mujeres. Son ellas quienes deben afrontar esa carga en su vida social, laboral y familiar, renunciando al propio placer, a la realización personal, al ocio, la participación social, el cuidado personal (Ménendez Espina, 2017) y al esparcimiento.

Como futuras profesionales de las ciencias sociales, consideramos indispensable fundamentar nuestras intervenciones desde la perspectiva de género, nutriéndonos de las teorías feministas comunitarias. Lo que nos posibilita desentrañar las lógicas capitalistas, patriarcales, que emergen en la cotidianidad de las prácticas, es decir, comprenderla como categoría analítica pero además como estrategia metodológica que nos permita tomar decisiones que garanticen el pleno ejercicio de los derechos. De igual manera, poder desentrañar las formas en que las políticas sociales legitiman, institucionalizan, reproducen tales desventajas, “poder pensar las imposiciones machistas de las representaciones que se ponen en juego desde las parejas” (comunicación personal 2, 27 de julio del 2021).

En este sentido, las perspectivas del feminismo comunitario aportan con sus bases epistémicas, conceptuales y éticas a entretejer otras miradas en relación a los procesos históricos impregnados de la lógica colonial y patriarcal. Dichas perspectivas movilizan a la disciplina del trabajo social a generar procesos de análisis, visibilización y cuestionamiento de la posición desigual en que se encuentran las mujeres; para comprender, analizar las realidades complejas en las que se encuentran inmersas.

El trabajo social tiene las herramientas para elaborar un marco interpretativo que nos permite comprender el significado que adquiere el género en la construcción de los problemas sociales. Tomando el punto de vista teórico y desde las intervenciones socio-culturales, este paradigma pretende desnaturalizar el carácter jerárquico atribuido a la relación entre los géneros. También, permite mostrar que los modelos de ser varón o mujer, así como la heterosexualidad obligatoria son construcciones sociales, que determinan lo que cada persona debe/puede hacer acorde al lugar que la sociedad le atribuye.

En general, en los espacios de formación e inserción de profesionales, existe la falta de perspectiva de género, que se traduce en la predominancia de perspectivas biologicistas por sobre otras integrales que posibiliten el trabajo interdisciplinario e interinstitucional. La escasez apunta a reproducir mandatos y estereotipos de género sin cuestionarlos, que nos alejan de prácticas emancipadoras. Es imperante una perspectiva superadora con respecto a

las construcciones que históricamente se fueron instituyendo en el imaginario social, en relación al género y a las prácticas desiguales de poder.

2.5. Salud con perspectiva de género

Pensar en cómo se puede visualizar el género en el campo de salud, nos remite a retomar las ideas del sexo biológico. Aquí, podemos ver que el mismo comprende la anatomía, es decir la genitalidad, atribuyendo el pene a lo masculino y la vulva a lo femenino; también, abarca la genética y lo hormonal. Sin embargo, en ambos casos pueden darse ambigüedades, donde la medicina biologicista con los avances “de la tecnología, en lugar de ser puesto al servicio de una liberación de la identidad, fue puesto al servicio de un control de la misma” (Maffía, 2004, s/p).

En este sentido, una práctica profesional que se enmarque en el reconocimiento de las diversidades y abogue por una vivencia de una sexualidad plena, reconoce las intencionalidades que subyacen en los discursos hegemónicos. Considerando que posicionarse desde una salud integral no se limita a factores físicos y biológicos, requiere vislumbrar las diferentes vivencias de quienes acuden a los distintos subsistemas de salud. Así, mediante una escucha activa y comprensiva, se puede evidenciar que, desde el control social, la diversidad “a veces puede ser vivido con mucho sufrimiento interior porque no hay una correspondencia entre la asignación social que se hace, en general en función de la anatomía” (Maffía, 2004, s/p) y la propia vivencia.

Lo expuesto anteriormente, se complejiza al interconectarse con la división de roles y estereotipos. Perpetuar la invisibilización del trabajo de las mujeres en el sostenimiento y mantenimiento de la vida cotidiana, conlleva atribuirle un lugar pasivo y de sometimiento en el ejercicio del derecho a la salud. Esto lo grafica la autora, al hablar del poder como estratificador y su relación con la medicina, “donde lo que se busca no es lo bueno para el paciente sino lo que el médico considera bueno, sin pedir opinión” (s/p). En efecto, en lo referido a la sexualidad, históricamente se hablaba de ciertas infecciones de transmisión sexual en donde “hay una especie de culpabilización de la mujer” (ídem).

Además de todo lo desarrollado hasta aquí, podemos adentrarnos aún más en la perspectiva de género al entramarla con la lógica de los cuidados. Es en este término donde podemos visualizar cómo el patriarcado es funcional a la reproducción del capitalismo; la autora Ana Domínguez Mon (2015) plantea que “desde el sentido de la lógica del cuidado heteronormativamente orientado, las relaciones jerárquicas cifradas en la división sexual de las actividades cotidianas (reproductivas vs. las productivas) sitúan al cuidado en la vida

cotidiana como eminentemente femenino” (p. 59). Pensando en la salud como la cadena SEAC, la posición de la mujer que se la ha asignado históricamente, supone una priorización del cuidado de los otros en detrimento de los propios. Así, “se sobredimensiona la entrega femenina por las y los otros, cuando en realidad las enfermedades [...] han habilitado formas de acción cuya responsabilidad es más individual” (ídem) en cuanto al acceso y permanencia dentro del sistema de salud.

Realizar lecturas de las situaciones desde esta mirada, permiten reconocer que los cuidados no son individuales, como se plantean desde la lógica de mercado capitalista. Es decir, los cuidados son colectivos lo que implica “que la experiencia individual y grupal, usualmente excluida de los análisis del [...] [campo de salud], reposiciona a los agentes como tales y sobre todo en una red de relaciones como soporte para sus cuidados y su bienestar” (Domínguez Mon, 2015, p. 61). Es entonces, donde como profesionales, desde las instituciones estatales, debemos abordar la salud desde la perspectiva de género. Más aún, posicionarse desde la salud como capacidad de lucha y la salud colectiva, nos debe conmover a pensar en las diversas violencias que como mujeres nos atraviesan.

Las autoras Paula Gonzalez y Aleyda Yanes (2013) refieren que las diferentes manifestaciones y formas de violencia de género hacen “referencia a la violencia patriarcal” (p. 48). “Esto no quiere decir que sea una violencia ‘natural’, sino que es un producto de las relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres” (ídem) que podemos problematizar y transformar. Como la violencia es resultado de una sociedad patriarcal y capitalista, tiene en cuenta las diversas dimensiones que nos atraviesan, como la clase, la edad y la cultura¹⁰.

La ley N° 26.485, en su Art. 5°, comprende diferentes tipos de violencia: física, psicológica, sexual, económica/patrimonial y simbólica, dando cuenta de cada una. La física se produce contra el cuerpo y produce daño, dolor o está el riesgo de producirlo, como maltratos que afecten la integridad física. La segunda, es descrita como causante de daño emocional y disminución del autoestima, incluye la culpabilización, vigilancia, sumisión e insultos. Por su parte, la sexual es cualquier acción que implique la vulneración del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva. En cuarto lugar, se apunta a todas las situaciones en las que se utilizan los recursos económicos de la mujer favoreciendo su empobrecimiento. Por último, menciona la simbólica, la cual es toda

¹⁰ El concepto de interseccionalidad será desarrollado en el apartado siguiente.

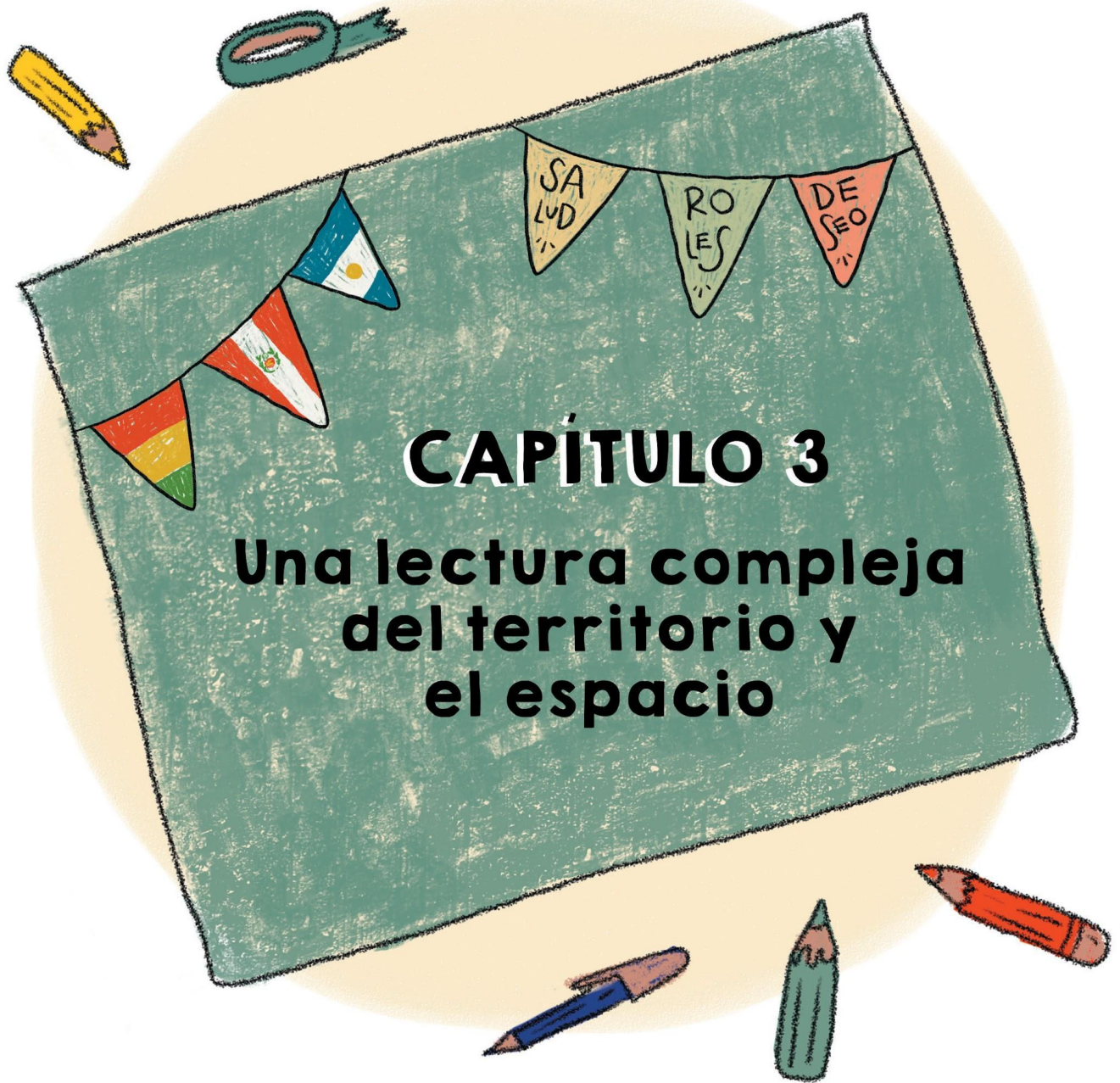
transmisión y reproducción de dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad (González y Yanes, 2013).

Dicha ley, en su Art. 6° establece las formas de manifestación de los tipos de violencia. En primer lugar¹¹, la doméstica, que es ejercida por algún integrante de la familia; la institucional como una forma de impedimento en el acceso a políticas públicas, llevada a cabo por cualquier agente que desarrolle funciones públicas. Por su parte, la laboral se desenvuelve en el ambiente de trabajo que tiene como fin la exclusión; en cuarto lugar, la violencia contra la libertad reproductiva vulnera el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente su (no) reproducción. Esta última, se relaciona con la violencia obstétrica que es desplegada por agentes de salud sobre los procesos reproductivos. Por su parte, la mediática, se extiende a todos los medios de comunicación en la difusión de mensajes estereotipados que discrimine, humille o atente contra la dignidad (González y Yanes, 2013).

En síntesis, promover un acceso y permanencia igualitaria en el campo de la salud de las mujeres, requiere poder realizar una lectura compleja del mismo. Problematizar las prácticas ejercidas desde un modelo biomédico, donde priman lógicas patriarcales, de individualización de los cuidados, mercantilizadoras y heteronormativas, nos da la posibilidad de repensar qué salud queremos promover. En esta tarea no nos encontramos solas, puesto que cotidianamente la construimos y sostenemos con otros profesionales, pero también con los actores que transitan las instituciones de salud.

Desde el trabajo social tenemos las herramientas para disputar sentidos, ya que es en lo discursivo donde se plasman las lecturas e interpretaciones sobre la realidad que cada una pone en juego en su intervención. Esto último, posibilita u obstaculiza las transformaciones en los territorios y se entrelaza en las dinámicas que adquieren los diferentes espacios sociales que los componen. A continuación abordaremos una lectura del territorio, contextualizando las intervenciones, ya que resulta un elemento central para lograr dichas transformaciones.

¹¹ Orden que no refiere a importancia, sino a estrategia de redacción.



CAPÍTULO 3

**Una lectura compleja
del territorio y
el espacio**

3.1. El territorio

Dar cuenta de la postura teórica desde la que nos posicionamos implica traer a colación lo que entendemos por *territorio*. Reconocemos que el mismo posee un doble componente, la *multidimensionalidad* y la *multiescalaridad*. El primero, se plasma en la intersección de las diferentes dimensiones (políticas, sociales, culturales, naturales y económicas) que engloban y componen el contexto del barrio. Tener presente dicha dimensión permite comprender el proceso de formación del territorio, su área, los recursos y las relaciones que lo transforman. Compartimos con Bernardo Mançano Fernandes (2012) que debemos comprender al territorio en sus multidimensiones pero como totalidades en sí mismas.

Por otro lado, la multiescalaridad permite concebir al territorio desde diferentes niveles, ya que la misma tiene presente desde lo más general, incorporando lo meso, hasta lo micro. De esta forma, se convierte, al mismo tiempo, en un lugar de encuentro y mediaciones que están en constante movimiento (Carballeda, 2015). Destacamos que, desde el nivel micro, se hace referencia a lo local, que a su vez está inserto en el nivel meso que refiere a lo municipal, lo provincial y lo nacional. Estos niveles se encuentran formando parte del nivel macro o global que tienen mayor envergadura.

Los territorios pueden ser vistos de diversas formas, de acuerdo con las tendencias y las intencionalidades de diferentes actores. Es por lo anterior que consideramos que el territorio no puede ser entendido sólo como unidad de gobernanza, incorporar la mirada multiescalar y multidimensional nos posibilita entender el concepto de multiterritorialidad. En esta última, se juegan diferentes perspectivas sobre el mismo, correspondiendo con las distintas escalas de abordaje, las dimensiones que se ponen en juego y los actores que intervienen. Sin embargo, en la mayoría de los ‘abordajes territoriales’ predominan los análisis de la dimensión económica y social, pero sin tener en cuenta lo cultural o, sobre todo, la naturaleza.

Es por lo anteriormente mencionado, que podemos concebir al territorio como “el escenario de lo cotidiano, de lo comunitario, del despliegue de la vida misma” (Arias, 2013, p. 2); consideramos que las significaciones culturales, con repercusiones tanto históricas como sociales, pueden transformarlo (Carballeda, 2015, p. 2). Siendo necesario remarcar que el mismo es una construcción a partir del *espacio* geográfico, físicamente delimitado y entendido como una totalidad en sí mismo. Sin embargo, cabe destacar que el espacio es anterior al territorio, a modo de materia prima (Raffestin, 1993, p. 144). En el proceso de construcción del espacio, acontecen diversas transformaciones, acciones, demandas y

conflictos, las cuales están inscriptas en un campo de relaciones de poder que repercuten en la forma de interactuar y de habitarlo.

La multidimensionalidad y la multiescalaridad son categorías reconocidas en producciones académicas, aunque no son tenidas en cuenta al diseñar e implementar políticas públicas debido a que implicaría la socialización de las tomas de decisiones. Lo anterior trae consecuencias, puesto que, cuando el Estado interviene en el territorio sin tenerlas en cuenta, ejecuta acciones superpuestas. Convirtiéndose el territorio en “lugar de llegada o de bajada” (Arias, 2013, p. 05) de las políticas sociales vacías o que no atiendan la complejidad de las necesidades sociales.

Los territorios no pueden ser conceptualizados como espacios neutros puesto que poseen diversos significados, debido a las múltiples disputas de intereses y juegos de poder que se desarrollan en él. A su vez, lo concebimos en conjunto al espacio cotidiano, de reproducción, por ende, de lo político; puesto que en el territorio no sólo se materializa una política pública, sino que se entretienen relaciones sociales. De la misma forma, coincidimos con Pierre Bourdieu (1999) cuando afirma que esas relaciones producen un espacio social específico, es decir, el territorio que es apropiado por las relaciones que en él se desarrollan. Esas relaciones resultan significativas en tanto objetivizan las jerarquías presentes en la sociedad, emergiendo luchas por ocupar determinado lugar en el espacio.

Sumado a esto, Víctor Orellana y Alexander Panes (2016) lo conciben como el espacio en el que convergen relaciones sociales entre sujetos de diferentes posiciones en la estructura social, imbricadas en una relación de interdependencia. En estos espacios se diferencian dos procesos a) los de concentración de capital en el espacio de las grandes ciudades se mantienen pero b) los procesos de concentración poblacional no necesariamente se incrementan al ritmo del crecimiento económico de las mismas.

Consiguiente de lo antes expuesto, reconocemos la lucha por los diferentes capitales puestos en juego en el territorio, que se constituyen en poderes sociales basados en la acumulación de recursos de distinta índole. Pierre Bourdieu (1999) reconoce tres grandes grupos de capitales: social, cultural y económico; la acumulación de uno u otro da lugar a determinada posición dentro del espacio social. El capital económico está referido a la acumulación de recursos materiales; el cultural está vinculado a conocimientos, a la ciencia y al arte; el social se refiere a la red duradera de relaciones, conocimientos y reconocimientos

mutuos. Asimismo, dichos capitales cargan con una valoración simbólica, a la que denomina capital simbólico¹².

Todo ese juego de capitales va configurando el territorio, cada agente, cada cosa tiene lugar y ocupa una posición (Bourdieu, 1999). Los bienes y servicios están distribuidos en el territorio al igual que los sujetos; ocupar determinada posición facilita u obstaculiza el acceso a recursos, allí se materializan las jerarquías mencionadas. Es posible visualizar en los diferentes barrios de la ciudad la distribución desigual de diversos recursos, como por ejemplo la proliferación de calles sin pavimentar o el pavimento en malas condiciones en los barrios populares, el ingreso o no de servicios públicos como la recolección de residuos y ambulancias, las luminarias rotas o antiguas, el tendido de la red de gas y de cloacas, entre otras.

El territorio también está atravesado por la dimensión de salud, “no es casual que los programas predominen en territorios marcados por las desigualdades” (Spinelli, 2016, p. 154), sino que es una forma puntual de dar una respuesta. En los inicios de los programas de salud, los mismos fueron centralizados a nivel nacional en problemáticas específicas que buscaban alta cobertura, como por ejemplo las campañas de vacunación. Por su parte, los programas socio-sanitarios no eliminan los problemas, pero “el descrédito sobre los programas no implica el descrédito de los problemas en el territorio” (p. 168), ya que los mismos continúan estando allí. Esa continuidad implica hacer una relectura sobre cómo pensamos las intervenciones ya que el esfuerzo debiera estar en “salir de los modelos racionalistas que dominan las formas de trabajar y de pensar lo social, para pasar a dinámicas marcadas por el juego, el devenir y la incertidumbre que son propias de lo social” (ídem).

Para leer e interpretar el territorio retomamos las teorías del *Buen Vivir*, que Carlos Acostas y Eduardo Gudynas (2011) proponen con una mirada desde la cosmovisión latinoamericana. En este sentido, es imperante darle una notable importancia a los conocimientos de las comunidades y nutrir a las nociones ‘sociedad’ y ‘naturaleza’ desde lo relacional, y no desde un binomio como dos entidades separadas. Con referencia a lo anterior, cabe agregar que el Buen Vivir deviene de la traducción de Sumak Kawsay (en lengua quechua), Suma Qamaña (en lengua aymara) y de la lengua mapuche, Kvme Felen, que “expresa algo que habla de la Vida Plena o la plenitud de la Vida, como el modo de vivir de las personas en comunidades en armonía con la naturaleza y en equilibrio en las relaciones individuales y colectivas” (Rodríguez Salazar, 2021, s/p).

¹² Dicho capital se refiere a la forma en la que es percibida y reconocida como legítima las diferentes especies de capital. Se la entiende a través de categorías de percepción que reconocen su lógica específica.

Abordar la salud en los territorios implica retomar estas concepciones, puesto que la intervención en el campo de la salud no es aislada, sino que requiere de nutrirse de los conocimientos de la comunidad e identificar las diferentes aristas que la convergen. Todo ello, permite correrse de la noción biologicista y pensar en abordajes que den cuenta de las realidades y potencialidades, para hacer frente a la lucha por mejorar las condiciones de vida y favorecer a garantizar una salud integral. Por lo tanto, el Buen Vivir resulta un giro en la forma de concebir las relaciones ya no basadas en la lucha por los capitales y en obtener determinada posición en el espacio, sino buscando un trato respetuoso con la naturaleza y con las personas que nos rodean. “El Buen Vivir propone una visión diferente, mucho más rica en contenidos y, por cierto, más compleja” (Acosta, 2014, p. 47).

Según la Agenda Indígena Amazónica “es no ser un ser individual sino colectivo, viviendo en el tiempo circular del gran retorno, donde el futuro está siempre atrás, es el porvenir, el presente y el pasado delante de uno, con las enseñanzas y las lecciones individuales y colectivas del proceso de vida inmemorial” (Rodríguez Salazar, 2021, s/p). Con esto retomamos la importancia que tiene la visión del tiempo como circular, siempre alimentando el presente y, en las teorías de Buen Vivir, como lecciones que develan aprendizajes.

Considerando lo desarrollado en relación a la teoría del Buen Vivir, destacamos que cada comunidad tiene una visión particular de lo que consideran o no parte de la teoría y la interpretación que derivan de ella. Lo que afirman en conjunto es que construirlo desde la cotidianidad es un gran desafío, pero que es necesario apuntar a su realización. Desde esta episteme subalterna, podemos realizar intervenciones en los territorios que apunten a abordajes desde la complejidad, con atravesamientos interseccionales e interculturales. De esta manera, podemos afirmar que la salud no puede quedar exenta de esta concepción, pues como ya mencionamos, la lucha por revitalizar las mejores formas de vivir es colectiva. Por ende, la salud requiere también ser parte de este proceso a través del reconocimiento de saberes y de referentes que nutran los abordajes territoriales.

3.2. Interseccionalidad e interculturalidad

Una apuesta que hemos trabajado a lo largo de nuestro proceso de prácticas pre profesionales, ha sido posicionarnos desde la *interseccionalidad* como manera de pensar (nos), pero también incorporandola para la vida misma. Dicho enfoque nos liga a tener un reconocimiento de la realidad que nos envuelve. Nosotras, como mujeres, estamos atravesadas por múltiples aristas que condicionan nuestro habitus, y reproducen los mandatos

de género presentes en nuestra sociedad patriarcal.

La noción de interseccionalidad “se refiere a la interacción entre el género, la raza y otras categorías de diferenciación”¹³ (Castellanos y Baucells, 2017, p. 4). La misma fundamenta la discriminación en relación a las prácticas sociales, culturales, e institucionales y nos otorga un lugar determinado en la estructura de clase. La concepción, nos permite realizar una lectura de la complejidad de las situaciones en las que estamos sometidas las mujeres, como también de los diferentes vectores que entrecruzan la vida cotidiana y sus problemáticas.

Reflexionar sobre las particularidades de la diferenciación y las divisiones sociales, implica pensar en un análisis interseccional desde distintas categorías que aluden al poder. En este sentido,

nos ayuda a entender y a establecer el impacto de dicha convergencia en situaciones de oportunidades y acceso a derechos, y a ver cómo las políticas, los programas, los servicios y las leyes que inciden sobre un aspecto de nuestras vidas están inexorablemente vinculadas a los demás (Derecho de las mujeres y cambio económico, 2004, p. 2).

Reconocer las diferencias y similitudes entre grupos de personas, facilita hacer frente a las opresiones que vivenciamos, de acuerdo a las posiciones ocupadas en la estructura social. Desde la profesión, buscamos promover condiciones de disputa para que los sectores relegados accedan plenamente a sus derechos y su condición de ciudadanía. Esto último debido a las desigualdades de acceso a los mismos, la presión que ejerce el mercado y una difusión del ‘sálvese quien pueda’.

Las diferencias que alimentan la necesidad de pensar desde la interseccionalidad no son novedades del siglo XXI, sino que son producidas y compartidas por una gran parte de la sociedad y, en la mayoría de los casos, no son problematizadas. En este sentido, al realizar análisis desde esta postura, se “ponen de manifiesto [...] la existencia de posiciones sociales que no padecen ni la marginación ni la discriminación, porque encarnan la norma misma, como la masculinidad, la heteronormatividad o la blanquitud” (Viveros Vigoya, 2016, p. 8).

Enriquecemos y problematizamos la concepción desarrollada, en los párrafos anteriores, con los aportes de la *interculturalidad*. Al intervenir junto a las mujeres de los territorios, nos invita a pensar en el género y en el patriarcado, en paralelo con la diversidad de culturas, creencias, saberes, habilidades y posiciones. Incorporar ambas nociones a

¹³Actualmente a dichas categorías se les suman otras como lo son la nacionalidad, la orientación política, la edad o la discapacidad (Viveros Vigoya, M., 2016).

nuestras miradas y análisis sobre la realidad, nos permite reconocer que las mismas connotan significaciones. Es decir, vincular cuestiones de género, etnia y posición dentro de la estructura social, “con el entorno social, económico, político y legal, [...] que estructura las vivencias de la opresión y del privilegio” (Derechos de las mujeres y cambio económico, 2004, pp. 4-5), admiten el reconocimiento de las jerarquías sociales y diferentes formas de habitar el espacio.

El aporte de la categoría de interculturalidad resulta clave tal como hemos expresado, dado que si no se logra vislumbrar la sujeción al patriarcado se dificulta su problematización. En igual forma, exige una vigilancia epistemológica de la terminología y una puesta en diálogo del bagaje teórico acumulado, permitiéndonos hacer lecturas de las relaciones tejidas en el territorio. El objetivo del análisis interseccional no es mostrar cómo un grupo está más victimizado o privilegiado que otro, sino vislumbrar las diferencias presentes para poder superar las desventajas y establecer las condiciones necesarias para ejercer los derechos humanos.

Ahora bien, toda sociedad está signada por múltiples culturas y formas de aprendizajes que son transmitidos de una generación a otra, en tanto que la diversidad debe ser entendida como un capital cultural presente en los territorios. Sin embargo, nuestra sociedad sustenta sus bases en una ilusión de homogeneidad, en escenarios donde convergen múltiples culturas. Dicha presunción ha permitido mantener una dominación política, económica y social, generando procesos de segregación por motivos morales, negando la diversidad, la cultura y los procesos históricos.

Escudriñar el término de interculturalidad, implica pensarlo no como una noción acabada y completa sino como aquella que continúa construyéndose, y que va más allá de la búsqueda de tolerancia o de respeto. Requiere considerarlo como un proyecto social y político que promueva prácticas generadoras de igualdad, libertad e interacción entre actores individuales y colectivos. Por tal motivo, se convierte en “una herramienta y un proyecto necesario en la transformación del Estado y la sociedad” (Walsh, 2008, p. 142).

Es pertinente hacer la salvedad de que, como equipo, nos insertamos en un territorio que se encuentra marcado por el alto flujo de personas migrantes que comparten su propia cultura con el entorno en el que se encuentran. Reconocer los diálogos y prácticas que se desarrollan implica, no sólo conocer las culturas presentes para entender los procesos vivenciados, sino también promover “una praxis generadora de igualdad, libertad, interacción positiva” (comunicación personal 3, 20 de agosto de 2021) y de respeto a las múltiples culturas que convergen en los territorios. Es que “cuando se quiere desarrollar [una

intervención dentro de cualquier campo problemático] en una comunidad culturalmente distinta a la nuestra, el primer paso es justamente una investigación antropológica sobre cuáles son los determinantes socio-culturales” (Feltri, et. al. 2006, pp. 302-303).

Resulta oportuno remarcar que el acceso a los derechos está desigualmente distribuido, que se agrava por las diferencias étnico-culturales que se manifiestan fenotípicamente. La segregación por la imagen de los cuerpos es algo a lo que estamos invitadas constantemente a cuestionar, resultando imprescindible proponer alternativas desde el trabajo social para una mayor paridad posible. Reconocemos que “la diversidad étnico-cultural debe ser considerada en el marco de la universalidad de los derechos adquiridos por el hecho de integrar o pertenecer a determinada comunidad” (Feltri et al., 2006, p. 309). Acordamos que lo diferente y lo común desde un enfoque intercultural, nos permite actuar de forma guiada, valorando cada realidad particular. Gracias a esta distinción, podemos interrogar la cotidianidad de nuestras prácticas, intervenciones y decisiones.

Paralelamente, es fundamental cuestionar la romantización de las culturas como excusa para negar en la práctica el acceso a los derechos. Los discursos que defienden modos de vida por debajo del nivel básico de acceso a bienes y servicios, se excusan bajo la postura de un supuesto respeto a las culturas de las personas. De todas maneras, no se trata de imponer formas de vida que hemos adquirido en nuestro contexto particular, sino propiciar el diálogo intercultural que respete los derechos.

Además, poner en relación tanto la interculturalidad y la interseccionalidad con el principio de la igualdad, propuesto por Boaventura de Souza Santos (2005), nos habilita cuestionar los criterios dominantes. En efecto, portar una identidad negada por los prejuicios sexistas y racistas dominantes conlleva a una práctica disruptiva y constante para alcanzar transformaciones sociales. Con estas últimas, las diferencias sexuales y étnico-culturales pasaron a ser valoradas como formas legítimas de pertenencia a colectivos más amplios.

Cabe agregar que tomar en consideración el posicionamiento desde la interculturalidad y la interseccionalidad, nos invita a reflexionar desde el *pensamiento decolonial*. En este sentido, estar inmersas en una sociedad patriarcal, eurocentrista y capitalista, conlleva que vivenciamos diversas resistencias cotidianamente. De esta manera, se produce “una posicionalidad que le da [al] cuerpo el poder de interpelar y de realizar una crítica radical porque se ha visto sometido a múltiples jerarquías de poder” (Restrepo, 2019, p. 26), negando su existencia frente al sistema moderno/colonial.

Al hablar de sociedades capitalistas, se piensa en un patrón de poder que involucra tres nociones claves *dominación- explotación- conflicto* (Quijano, 2000). Junto con ello, una

idea de desarrollo y subdesarrollo, que trata de un solo modo la constitución de la sociedad sobre las bases de relaciones de desigualdad.

Con América y el capitalismo se configuró un patrón de poder mundial, [...] su instrumento de mayor dominación, es la idea de raza en tanto que estructura biológica que diferencia a la población humana entre inferiores y superiores porque está asociada a las respectivas capacidades de producción cultural (Quijano, 2000, p. 81).

En relación a esta mirada, se fundan los discursos dominantes en donde la blanquitud es signo de superioridad frente al campesino, indio, negro e indígena. Así, hay quienes son llamados a manejar el poder, producir conocimiento y patrones culturales, y otros designados a obedecer, acatar el conocimiento producido y reproducir lo instituido. Fue el colonialismo lo que permitió que se constituya la idea de raza como aquel instrumento de clasificación social, sirviendo como escenario y como marco sobre el cual se legitima la dominación. En esta misma línea, con el proceso de globalización, el colonialismo no desapareció, sino que se re-configuró y se articuló con la institucionalización de los Estados-nación, dando paso al concepto de *colonialidad del poder*.

El posicionamiento eurocentrista para concentrar su potestad entrelaza la colonialidad del poder con la del saber. Esta última se fundamenta en una perspectiva única de conocimiento, que invisibiliza y elimina todo saber que no sea producido y avalado académicamente. “Al atravesar el campo del saber, usándolo como dispositivo de dominación, la colonialidad penetra y organiza los marcos epistémicos, académicos y disciplinares” (Walsh 2008, p. 137). Es por ello, que la lógica dominante desacredita todo aquel conocimiento producido en los pueblos, territorios y comunidades. Al respecto, Silvia Rivera Cusicanqui aporta que “no sólo el postulado que manifiesta la hegemonía del paradigma anglo-eurocéntrico en las diferentes áreas del saber, sino, y especialmente, el interrogante de quiénes toman la palabra a la hora de expresar y analizar nuestra realidad regional” (Acossatto, 2017, s/p)

En referencia a lo anterior, la autora propone la teoría del *colonialismo interno* entendida como “un marco teórico-metodológico que permite dar cuenta de un espacio multitemporal en el contexto historiográfico de nuestras sociedades” (ídem). La autora critica la concepción del tiempo histórico como lineal y teleológico, planteando el tiempo en espiral, como una retroalimentación del pasado y el presente. Así, encarar el abordaje en lo social, como una suerte de espiral que invita a traer a colación las decisiones ya tomadas y los resultados obtenidos para proponer nuevas líneas de acción.

Consideramos, desde nuestra intervención, que es necesaria una toma de posición que cuestione la colonialidad como única forma de entender el pensamiento moderno. Concomitantemente, nos posicionamos desde el *giro decolonial* (Restrepo, 2013) el cual consiste en evidenciar los efectos que produce la colonialidad en toda su extensión, para así “tener en claro las fisuras y los límites desde las cuales se abrirían nuevas condiciones de conversabilidad que empujen a sus extremos los constreñimientos epistémicos, institucionales y subjetivos que están en juego” (ídem, p. 11).

La noción mencionada, nos habilita a nuevas lógicas y formas de conocer, pensar y ser bajo parámetros distintos al dominante. Es decir, “un proceso y labor que pretende quebrar, transgredir e intervenir en la matriz colonial aún vigente; crear otras condiciones del poder, saber, ser y vivir; desplazar y transformar el corazón de esta matriz que ha sido el capitalismo” (Walsh, 2008, p. 150).

3.3. *El trabajo social con abordaje comunitario.*

Para lograr el abordaje comunitario, retomamos las nociones de interseccionalidad, interculturalidad y género como aspectos que orientaron nuestro accionar. Es destacable hacer mención que el trabajo social disputa campos de actuación que son subsumidos por la ‘privatización’ de la cuestión social (Aquín, 2010). En esos campos, el Estado da paso al mercado como regulador de la reproducción cotidiana de la existencia, desplazando responsabilidades de protección social, hacia formas de organización primaria como la familia y el barrio (ídem).

A partir de lo anteriormente mencionado, emerge *lo comunitario* como una forma de reproducción social, estableciendo relaciones de compartencia y co-operación y generando relaciones dinámicas en la reproducción cotidiana de la existencia (Gutierrez y Huáscar, 2015, p. 21). Es por ello que coincidimos en la importancia de una intervención comunitaria que dé cuenta de la dimensión pública de las necesidades.

El trabajo social con *abordaje comunitario* se centra en la vinculación con el territorio, dialogando y articulando con las organizaciones que se encuentran allí presentes. Insertarnos en la comunidad para trabajar en conjunto, implicó reconocer su historia, la presencia de diferentes actores, las luchas de poder que se dan en su interior y dar cuenta de los capitales en juego. Asimismo, las redes de proximidad presentes juegan un papel central en la intervención; transformándose en sostén y apoyo para favorecer la gestión compartida de las decisiones colectivas tomadas dentro de la trama comunitaria. Así, "el trabajo

comunitario es la condensación de procesos de reiterada producción colectiva de decisiones" (Gutierrez y Huáscar, 2015, p. 33).

La intervención en los territorios constituye una forma de reconocer los entrecruzamientos de lo público, lo privado y lo estatal, presentes en el territorio y que hacen a la reproducción cotidiana de la existencia. En este sentido, Nora Aquín (2004) es quien determina los rumbos de un abordaje ligado a la construcción de la ciudadanía y que, además de participación social, se oriente a la participación ciudadana. Esta última, resulta controversial, ya que el trabajo social se inserta en territorios signados por una cesión del Estado frente a la condición de ciudadanía, entendida como garantía de acceso a derechos, aplicado a sujetos que habitan determinado territorio.

En determinadas situaciones es el Estado quien permite que el mercado tenga acceso a las decisiones de la vida cotidiana, siendo preciso resaltar que esto no necesariamente le genera pérdida de centralidad en relación al poder. Con la última afirmación nos referimos a las situaciones donde el Estado no da respuesta ante las demandas de las comunidades. Es por ello que deben buscar soluciones concretas dentro del mercado, que lo ubica en el centro de los análisis en los abordajes profesionales. Como plantea la autora Nora Aquín (2010) se lleva a cabo un doble juego en que "el Estado apela a las comunidades y se dirige a ellas en un proceso de cooptación de tareas de gobierno, y [por su parte] las comunidades se activan, [recreando] sus identidades y [emprendiendo] un conjunto diverso de prácticas capaces de fortalecerlas" (p. 7).

El abordaje comunitario, se funda en generar espacios de vinculación, encuentro y empoderamiento de los múltiples actores, que contribuyen a encarar y dar respuestas a las diferentes problemáticas que emergen en el territorio. Es interesante destacar que al interior de lo comunitario surgen disputas a la hora de la toma de decisiones, donde entran en juego las posiciones personales y colectivas. Lo comunitario se puede tornar un desafío llegando a permitir o dificultar un abordaje directo. En este sentido, la noción surge como una antítesis de la sociedad capitalista, la cual trae aparejada consigo una estructura colonial del poder, que

atraviesa la subjetividad¹⁴ de los agentes *sentipensantes*¹⁵, que moldea el imaginario social¹⁶ y orienta las prácticas que sostienen y reproducen el sistema hegemónico.

¹⁴ Fenómeno social e histórico entendido como una forma de ser y estar en el mundo, es decir la “experiencia de encuentro/desencuentro con los otros que plantea la vida en común” (Bonvillani, 2018, p. 2). La noción implica los modos como somos reproducidos por las diferentes instituciones de la sociedad, y a su vez las estrategias individuales y colectivas que llevamos a cabo para estar en este mundo.

¹⁵ Está "destinada a demoler las narrativas del mercado y sus correlatos en las políticas económicas y sociales dominadas por el neoliberalismo, en el espejismo de la democracia liberal, y en el reino del individualismo a ultranza. (...) Donde el principio de alteridad, el reconocimiento del otro y la otra, demandan y hacen vigente, desde experiencias que van del cuerpo al pluriverso, de la comunalidad, pasando por un impacto local y global, la prefiguración del ya no, del todavía no, del ahí vamos" (Criado Coronado, 2019, p. 16)

¹⁶ Sentidos organizadores que sustentan la institución de normas, valores y lenguaje, por los cuales una sociedad puede ser visualizada como una totalidad. El imaginario social opera como construcción simbólica, argumenta su justificación o legitimación a través de las instancias de un orden afectivo que hace querer lo impuesto (Bonvillani, 2018).



CAPÍTULO 4

Situándonos en los territorios

4.1. Geo-localización en tiempo y espacio

El barrio, en tanto espacio y lugar territorial está atravesado por significaciones tales como el urbanismo, la arquitectura, la disposición de las casas, sus formas, el tipo de calles, los grafitis, las diferentes circulaciones y las historias de quienes lo habitan. Desde esta perspectiva, el barrio se presenta como un mundo de significados donde cada habitante se reconoce y reconoce a los otros, permitiendo diferenciar referentes espaciales, relacionales e históricos que pueden ser compartidos.

Los territorios desde los cuales realizamos nuestra intervención corresponden al área de responsabilidad del Centro de Salud N°79. Estos espacios sociales se encuentran ubicados aproximadamente en el Km 7 y medio de la ruta provincial 36. Los mismos comprenden a los barrios Nuestro Hogar III, Pueblos Unidos, El Milagro, 12 de septiembre, Obispo Angelelli I, Darío Santillán, Piedra Blanca, Cooperativa la Esperanza, Hogar III anexo y Virgen de Fátima. La zona es conocida como Cortaderos Sur por su ubicación geográfica y la presencia de cortaderos de ladrillos.

Los terrenos que comprenden al barrio Nuestro Hogar III¹⁷, comenzaron a poblarse desde el año 1997, a causa de un loteo realizado por la cooperativa Nuestro Hogar. Los primeros lotes fueron adquiridos por compra y otros por ocupación directa. Esto último, sucedió tras el procesamiento penal de los dueños de la cooperativa, dándole la oportunidad a que familias que residían en barrios colindantes, pudieran acceder a una parcela de tierra donde construir su vivienda. “A mí me avisó una amiga en los patos que había muchos terrenos, y así nos fuimos pasando la voz entre nuestros compatriotas, solo deseábamos un pedazo de tierra que sea nuestro” (cuaderno de campo 1, 13 de junio del 2019).

Acceder a un terreno, una vivienda y al espacio de producción de la misma como mercancía sólo se hace posible si se cuenta con el poder adquisitivo que se requiere. Esta situación produce que muchos sectores de la sociedad queden relegados a la ocupación/obtención de terrenos menos valorados por el mercado, coincidentes con la ausencia de servicios básicos como el acceso a una red cloacal, tendido de electricidad, gas natural, entre otros. Esto responde a una lógica de producción de las ciudades en donde la valorización inmobiliaria conjugada con la intervención de los gobiernos, se focaliza en un determinado sector de la población, relegando estratégicamente a otro. Dicha realidad se plasma en los territorios donde realizamos nuestra intervención, debido a que se ubican en la periferia de la ciudad.

¹⁷ Zona en la que se asienta el Centro de Salud N°79 Albert Sabin - Cortaderos Sur, de allí la importancia de hacer hincapié en su historización.

Algunos grupos familiares, comienzan habitando y trabajando en los cortaderos de ladrillos y, con los ingresos obtenidos se trasladan a Nuestro Hogar III, para comenzar a trabajar en la construcción. Paralelamente, las mujeres se dedican al trabajo doméstico o se insertan a trabajar en el servicio doméstico remunerado. En este sentido, una nota publicada en La Izquierda Diario da cuenta que

más del 70 %, que carecen de ingresos fijos, trabajadores en negro que se ganan la moneda haciendo changas, venta ambulante, trabajo doméstico o levantando las cosechas de verduras, en su mayoría mujeres, muchas de ellas sostén de hogar y que por su condición de indocumentadas no reciben ningún tipo de “ayuda” del Estado (Cobelo, 22 de abril de 2021).

A las condiciones descritas, se suma que estos territorios son reconocidos por los graves problemas de contaminación que presenta el suelo, debido a que entre los años 1997 y 2000 se alojaba un basural de enterramiento sanitario. Actualmente, gran parte de la población que allí reside presenta problemas de salud relacionados con altos porcentajes de plomo en sangre. Así como también, les habitantes no pueden acceder a programas como la distribución de semillas del ProHuerta¹⁸ por no contar con tierras aptas para la siembra.

La zona donde nos insertamos está ubicada a 10 km aproximadamente de la zona céntrica de la ciudad; apoyándonos en Víctor Orellana y Alexander Panez (2016) podemos denominarlo como *territorios de relegación urbana*. Específicamente, esto refiere a asentamientos poblacionales que se encuentran en las periferias de la ciudad, caracterizados por la condición de precariedad laboral o desempleo de los habitantes. A su vez, son considerados como zonas signadas por la pobreza y la estigmatización social, alimentada por la criminalización propiciada por los medios de comunicación. Son lugares tratados como purgadores de la sociedad, necesarios para el funcionamiento del sistema ya que es allí donde se concentra todo lo que ‘afea’ la estética moderna de la sociedad. Es decir, es en estos espacios sociales donde, desde una lógica colonial y paternalista, se concentra lo considerado primitivo, salvaje, incivilizado, factible de explotación sexual, laboral y ambiental.

Retomando lo expuesto anteriormente, encontrarse ubicado por fuera del anillo de circunvalación, enmarca material y simbólicamente fronteras entre el centro y la periferia de la ciudad. Sumado a ello, la condición de territorio de relegación urbana (Maçano Fernandes, 2012) se complejiza al contar con una sola línea de colectivo de ingreso al barrio. La frecuencia de la misma es acotada y el recorrido que realiza no cubre toda el área territorial

¹⁸ Dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación en conjunto con el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA).

pero en muchos casos es el único medio que pueden utilizar para moverse. Dicha línea circula de lunes a sábados, durante el día y en frecuencia mínima de 30 minutos, y durante los domingos la frecuencia es de 60 minutos.

Con referencia a lo anterior, es de destacar que el trabajo de sostenimiento de la vida cotidiana se encarece cada vez más. Nos referimos a que, al encontrarse tan alejados del casco céntrico de la ciudad, implica mayores inversiones de tiempo destinado al traslado, energía e inversión económica (considerando que moverse en transporte urbano sin contar con alguna prestación social requiere el pago de los boletos que sean necesarios). En efecto, las condiciones de vida se vuelven más precarias y la pobreza se profundiza.

En este orden de ideas, cabe agregar los aportes de Andrea Echeverría (2014), para pensar al barrio como un *enclave*, es decir aquellas zonas de la ciudad que están inmersas en una trama urbana de la que muchas veces lo separan barreras simbólicas más que materiales. A los enclaves los podemos pensar del centro a la periferia y se materializan en la realidad. El no ingreso de servicios de asistencia médica, como ambulancias, es una de las formas en que se hace presente el enclave por no considerar prioritaria la atención de emergencias de las poblaciones más empobrecidas. Tales afirmaciones, se pueden constatar en cómo desde la planificación urbana no se les piensa como ciudadanos legítimos habilitados para gozar plenamente del acceso a bienes y servicios en comparación con las zonas más céntricas. Esto debido, a que el acceso al suelo también se ha convertido en una mercancía, en la cual sólo algunos pocos pueden elegir, comprar y acceder al espacio donde habitar.

4.1.1. Caracterizando al territorio y su contexto

En lo respectivo a la actividad económica de las mujeres, encontramos que algunas se dedican a la cría de cuises y aves (como gallinas y patos) para su comercialización, ya sea vivos, faenados o en alguna otra preparación. Otras, retoman sus raíces culturales y se dedican a la gastronomía tradicional, para la venta de viandas en el barrio, ofrecerlas en alguna feria, evento que se realice o en establecimientos (como bares, restaurantes, panaderías). Estas producciones, son difundidas a través de grupos creados en redes sociales, entre la colectividad propia de cada país, en el Colectivo de Migrantes de Córdoba o algún grupo específico del barrio. Asimismo, destacamos que el trabajo que se presenta con mayor tendencia entre las mujeres (migrantes y nacionales), está ligado a la tarea de los cuidados y de lo doméstico, en barrios alejados “me tengo que tomar 2 colectivos para llegar a trabajar” (comunicación personal 4, 28 de septiembre del 2021).

La zona que comprende a la comunidad de Virgen de Fátima, se caracteriza por estar habitada por argentinos, en mayor proporción natives de la ciudad de Córdoba, otros que migraron desde el interior provincial y, en muy pequeña medida, personas que migraron desde el norte del país. Contrariamente, Nuestro Hogar III, se caracteriza por tener un alto porcentaje de familias migrantes, provenientes de Perú, Bolivia y Paraguay. Para el año 2000 residían 120 familias, y, en el año 2021, se encuentra habitado por más de 1200 (comunicación personal 5, 30 de noviembre de 2021). Un relevamiento realizado por el equipo de salud en Nuestro Hogar III, entre 2007 y 2009, reveló los siguientes datos: “Nacionalidad: Argentina: 29%; Peruana: 33,1%; Paraguaya: 15,9%; Boliviana: 19,7%” (Luna, y Sánchez, 2012, p. 8).



Imagen 1: Mapa zona de responsabilidad año 2010

Particularmente en el paraje Piedra Blanca se llevó a cabo el relevamiento en noviembre del 2020 (comunicación personal 6, 12 de octubre de 2021) de casi el total de la población. En total habitan 60 familias, lo que suman aproximadamente 230 personas; de las cuales, 120 son menores de 18 años y 110 adultas. Dentro de la población adulta existe casi el mismo número de mujeres que de hombres (55 y 54 respectivamente). En cuanto al origen de la población casi el 53%, es decir 27 familias, son migrantes provenientes de Bolivia, siendo quechua parlantes. Les adultes de la comunidad boliviana representan el 46,3% del total de adultes, mientras que en el caso de les adolescentes son casi el 57% del total.

El contexto social particular en el que se llevó a cabo nuestra intervención, coincidió con el desarrollo del segundo año consecutivo de la pandemia ocasionada por el Covid-19. Desde el año 2020, como hemos hecho mención, el desarrollo de la vida cotidiana se vio signada por procesos de ASPO dispuestos por el Gobierno Nacional ante dicha crisis sanitaria y social.

Con el transcurrir del tiempo y los avances en torno al abordaje del Covid-19, a la par de la disposición del Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (DISPO), permitieron que los diferentes espacios sociales poco a poco retomaran sus actividades¹⁹. Sin embargo, estas situaciones de crisis generaron gran impacto en la vida cotidiana de las personas, repercutiendo fuertemente en el ámbito doméstico. Así como también ocasionó la restricción de espacios de encuentro, debilitando los lazos sociales y dificultando la posibilidad de visibilizar y denunciar la problemática en el acceso a derechos.

El Estado adoptó una serie de medidas relacionadas con la defensa de los derechos humanos de las mujeres y las personas migrantes. Algunas de ellas fueron la generación de permisos excepcionales de circulación ante supuestos casos de violencia de género, el fortalecimiento de la línea 144 y una guía de recursos acorde al contexto; así como, la prórroga de residencias o las excepciones a la prohibición de ingreso al país.

Los relatos recuperados, nos muestran cómo el territorio fue atravesado por todo este proceso pandémico. Por un lado, les habitantes dejaron de concurrir a diferentes espacios, ya que no podían transitar el barrio con normalidad, ni realizar visitas por el control policial; a ello se sumó que muchos se quedaron sin trabajo por no poder asistir a su centro laboral. Particularmente, desde el equipo psicosocial del centro de salud, “fue difícil sostener la modalidad virtual en los encuentros de mujeres” (comunicación personal 2, 27 de julio del 2021); sin embargo pudieron mantener contacto con las referentas para estar actualizadas sobre las situaciones del barrio.

De la misma forma, sufrieron un proceso de cierre total en el barrio por ser foco de contagio, “los soldados vinieron y cerraron todo, no te dejaban salir del barrio ni para trabajar, todos estábamos asustados pero al otro día llegaron unos camiones grandes y nos empezaron a repartir cajas con comida; yo me levantaba temprano para no quedarme sin caja” (cuaderno de campo 1, 5 de octubre del 2021). Paralelamente, las diferentes organizaciones territoriales planificaron estrategias según las disposiciones y fueron estos actores quienes permitieron el sostenimiento de los territorios.

Según lo que pudimos conocer, una de las organizaciones presentes en el territorio había dispuesto “postas de salud que hacían foco en la prevención, porque en el interior del barrio no se respetaban mucho las medidas” (comunicación personal 7, 15 de junio del 2021). Sin embargo, esta actividad no pudo iniciarse, pero sí colocaron folletería informativa por el territorio. Por otra parte, hubo quienes cambiaron sus modalidades de trabajo territorial, “ya

¹⁹ Disposición que se encontraba en vigencia cuando nos incorporamos al territorio.

no somos la copa de leche, lo suspendimos en la pandemia por prevención de los contagios de las mujeres y los niños, ahora somos el centro de capacitación” (comunicación personal 12, 28 de septiembre del 2021). Esta última organización también propició la vacunación Covid-19, realizando charlas con el personal de salud para derribar mitos, buscando los carnet necesarios “nos organizamos por grupo de whatsapp y se vacunaron 70 compañeras” (ídem).

En esta misma línea, el trabajo del Merendero Madre Teresa, estuvo asociado a la entrega de meriendas. La dinámica de esta labor fue cambiando según cambiaba el contexto; al inicio, la atención de los vecinos sólo era en la puerta. Luego, se habilitó el espacio físico con el desarrollo de las reuniones al aire libre, para evitar el contagio de los niños que asistían. Aunque, como nos refirió la referente comunitaria, “acá nadie usa ni usó el barbijo” (comunicación personal 8, 7 de octubre del 2021).

4.2. Escenario institucional y su contexto

Como mencionamos anteriormente, el devenir histórico de nuestro centro de práctica (Centro de Salud N° 79) comienza a funcionar el 27 de julio de 1992 bajo la supervisión del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Conjuntamente abre sus puertas una escuela primaria que lleva el mismo nombre y con la cual se compartía el edificio, esto fue hasta el año 2011 cuando se construye el edificio actual. La planificación de la construcción fue un trabajo comunitario, ya que se puso en común y se delinearon los objetivos. En ese momento el personal estaba integrado por una médica pediatra, un médico clínico, una enfermera y una trabajadora social; articulaban con el laboratorio y el dispensario del Hospital Misericordia, contando además con una ambulancia para el traslado de pacientes que requirieran mayor complejidad de atención.



Imagen 2: La fachada del Centro de Salud

Retomando lo expuesto en el primer capítulo, cuando retomamos la crisis de 1995, con la transferencia de efectores de la salud desde la provincia a los municipios, la institución pasa a depender de la DAPS, integrando la zona sanitaria N° 4. Aquí, la gestión municipal empieza a implementar los restantes programas básicos de atención primaria vigentes en ese momento, que comprendían: Control del Crecimiento y Desarrollo del Niño, Control del Embarazo y Puerperio, Prevención del Cáncer Genito-Mamario, Detección Precoz de TBC, Detección Precoz y Tratamiento de la HTA. A su vez, contaron con la incorporación, al equipo de salud, de una médica pediatra, dos odontólogos y un médico.

La infraestructura del establecimiento se encuentra distribuida mediante una entrada principal donde se ubica la administración, destinada a la recepción de consultas generales, turnos, distribución de medicamentos y algunos MAC. Asimismo, el espacio se compartimenta en oficinas destinadas al consultorio de medicina general, de pediatría, del vacunatorio, de odontología infantil, del área de psicología y trabajo social. También, cuenta con un ambiente pensado para la disposición de la sala de espera, otro para el salón de usos múltiples y tres baños (uno de uso interno, un segundo para quienes asisten y otro para personas con discapacidad). En relación a abordajes de complejidad de segundo o tercer nivel, la institución se vincula principalmente con el Hospital Municipal Príncipe de Asturias,

que posee tecnologías y aparatologías necesarias para la atención de derivaciones, como también mayor cantidad de profesionales y amplios horarios de atención.

Los recursos asignados para el mantenimiento de la institución provienen principalmente de la Dirección de Salud de la Provincia. Con respecto a la provisión de medicamentos y MAC, en el centro de salud reciben insumos tanto del programa Remediar, como de la Municipalidad de Córdoba.

Continuando con lo expuesto anteriormente, resulta pertinente agregar que el personal de salud realiza un trabajo interno de coordinación y posterior elevación de reclamos a la DAPS para el mantenimiento y cambio de los materiales en deterioro. Esta estrategia les permite contar con recursos, como sillas, calefactores, estetoscopio, cajas de instrumentos, que garantizara el trabajo cotidiano, “aprovechemos en entregar todo lo que está en desuso, para que nos envíen materiales nuevos” (cuaderno de campo 1, 16 de septiembre de 2022).

Particularmente en el territorio del área de responsabilidad del centro de salud, a nivel epidemiológico, en el año 2021 se evidenciaron más casos confirmados de coronavirus, respecto a la cantidad detectada en el año 2020. El abordaje frente al contexto pandémico presentó diferentes desafíos a las instituciones de la salud insertas en el territorio. En el sistema de salud se agudizó la precariedad laboral, debido a que los roles de cada profesional se multiplicaron, aunque dicha sobrecarga no se vió reflejado en los aumentos salariales ni de los recursos. En este marco, el programa de acceso a MAC, sufrió numerosos recortes, por lo que “el acceso a los MAC fue selectivo por la falta de recursos, tratamos de trabajar la perpetuidad de salud como derecho” (comunicación personal 9, 03 de Septiembre de 2021).

Como se hizo mención en el párrafo anterior, un problema central fue la escasez de métodos, que se agudizó en el período noviembre 2019-julio 2021. Particularmente, en noviembre de 2019 se debía a una renovación del gobierno local, que hizo que la gestión saliente decidiera no invertir en reabastecimiento. A partir de mediados del 2020, el presupuesto destinado a salud se destinó a recursos necesarios para la pandemia; por consiguiente, reconocimos que varias mujeres que, no pudieron decidir continuar o cambiar su método, transitaron un embarazo. Una estrategia adoptada fue la adquisición en farmacias de versiones económicas, que tuvo las mismas falencias²⁰ en los periodos de ASPO. Paralelamente, ocurrió que no se brindaron turnos para acceder a la LTB porque los hospitales especializados en esto, priorizaron ser centros de testeos o asistencia a Covid-19.

²⁰ Por ejemplo, no estaban ingresando ACI por falta de envases de vidrio que eran utilizados para las vacunas de Covid-19.

Frente a este contexto, la institución implementó una serie de medidas y actividades territoriales. En relación a la primera, fue indispensable la organización del espacio físico para la atención aislada de los casos positivos de Covid-19, evitando la aglomeración. Por ende, se utilizaron turnos programados, se generaron protocolos propios para el seguimiento del abordaje familiar (violencia de género y vulneración a niños); también se dió continuidad a las reuniones mensuales del colectivo del sur y de capacitación del área de trabajo social de la Zona Sur, mediante plataformas virtuales.

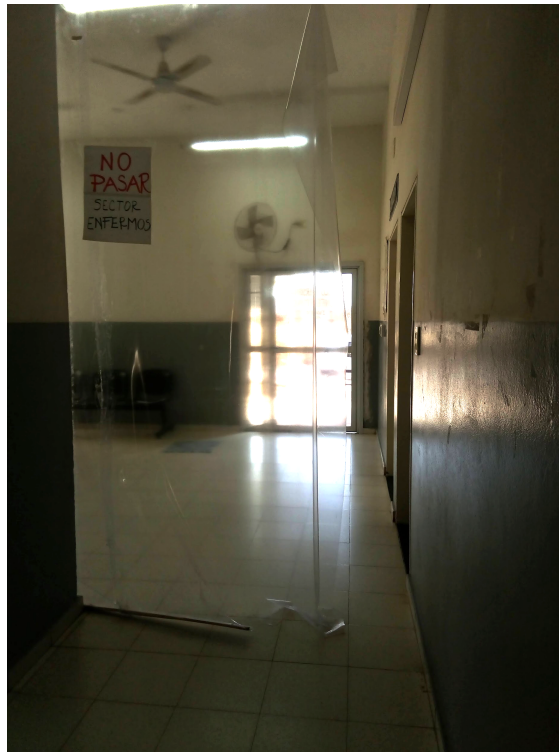


Imagen 3: Área febril del Centro de Salud Municipal N° 79.

Por otro lado, en relación a las actividades territoriales, se llevó a cabo la vacunación a los vecinos de cada barrio, difusión de hábitos de cuidado y medidas de prevención de Covid-19, con su posterior puesta en práctica. Esto último, generó efectos multiplicadores en la salud colectiva y el cuidado mutuo de la población. Dicha actividad se efectuó como estrategia de revinculación con la comunidad luego del período de aislamiento, motivando a volver a habitar el centro de salud y asistir a los controles médicos, con el acompañamiento del equipo psicosocial.

El Centro de Salud mantuvo el mismo horario de atención (de 7 hs a 19 hs), con turnos de trabajo divididos entre los profesionales, es decir, no todo el personal asistía toda la jornada. Como forma de organización, todos los jueves tienen reunión de equipo en el tiempo

que corresponde al recambio de turnos. A su vez, destinan esas tardes para realizar trabajo comunitario y las salidas al territorio. Los segundos y cuartos martes de cada mes, de 9 hs a 11 hs, el equipo psicosocial se aboca al espacio de consejerías.

Por otro lado, se articula con el Hospital Rawson para estudios pre quirúrgicos y la realización de LTB, debido a que cuando comenzamos el periodo de DISPO, este era el único hospital que ejecutaba esta práctica. Como estrategia, dentro de las consejerías, se les repartía a las participantes los horarios de atención del consultorio de salud sexual del hospital y la calle de ingreso.

4.3. Pensar con quiénes: definición de las sujetas de intervención

El quehacer del trabajo social implica pensar sobre qué se intervendrá, a desarrollarse en el apartado siguiente; un núcleo importante en este punto refiere a poder especificar las características de quiénes acompañaron nuestra intervención pre profesional. En tanto, se vuelve un entramado en las discusiones al interior del equipo de trabajo en torno a la forma de nombrar y concebir al otro. La importancia refiere a que de ello dependerá las estrategias que se planifiquen, debido a que, en la intervención, su interpretación y las alternativas propuestas, se refleja cómo concebimos a los sujetos (Aquin, 2019).

Como venimos mencionando hasta aquí, nuestro proceso estuvo ligado a caminar con mujeres. En este sentido, consideramos pertinente referirnos a las sujetas de intervención desde la noción de *agente social* de Pierre Bourdieu (2007) "el sujeto es un agente activo que juega en un campo, lo cual le confiere un lugar en el mundo y desde ahí se reestructura el habitus" (Gómez Gómez, 2018, p. 235). Cabe agregar, que no podemos comenzar a definir a las sujetas de intervención, sin hacer referencia a la noción de poder, dado que representa la capacidad de movilizar recursos y también denota la aptitud transformadora de la acción humana lo que implica un poder 'sobre' otros (poder de dominación).

La elaboración reflexiva de marcos de sentido experimenta desequilibrios característicos en relación con la posesión de poder. Así, toda interacción constituye también una relación moral y de poder; todo sistema de interacción, se puede analizar estructuralmente. En este sentido, son las agentas quienes reproducen con sus prácticas cotidianas las condiciones de dicha estructura social. Resulta oportuno remarcar, al decir de Anthony Giddens (1995), que las estructuras no son externas sino que son constrictivas y habilitantes que, a su vez, la capacidad de agencia (Bourdieu, 2007) reproduce las condiciones que hacen posible la acción.

Las habitantes de la mayoría de los territorios²¹ con quienes intervenimos son migrantes, esto fue una apuesta particular ya que una de nosotras también es migrante. Nos posicionamos desde los aportes de Abdelmalek Sayad (2008) para definir a la *migración* como la presencia en el seno del orden nacional de los no nacionales, es decir, de aquellos que forman parte de otra nación, de otro orden nacional y de una nacionalidad extranjera, “simétricamente, el emigrante es el ‘nacional’ ausente del orden nacional lo que implica que está presente en otro orden nacional” (p. 102).

Consideramos que no puede abordarse la *inmigración* sin tener en cuenta a la *emigración*; tratar la inmigración dejando de lado la emigración, da una visión parcial y etnocéntrica del fenómeno migratorio. La emigración/inmigración comprende dos órdenes políticos, dos naciones, dos nacionalidades, dos maneras de existir en el ámbito nacional. En el proceso fue común reconocer frases tales como “yo me vine para acá cuando era chica” (comunicación personal 10, 15 de octubre del 2019), “me trajeron mis padres” (ídem), “yo soy de acá, pero a veces la gente no lo ve así porque mis papás vienen de otro lado” (ídem), que dan cuenta de los dos órdenes nacionales presentes.

En Argentina, la Ley N° 25.871 de Migraciones utiliza el término *inmigrante* para referirse al sujeto de derechos y deberes, y como “todo aquel extranjero que desee ingresar, transitar, residir o establecerse definitiva, temporaria o transitoriamente en el país conforme a la legislación vigente” (Art. 2°). Consideramos optar por el término *migrante* ya que designa una *condición social*. En contraparte, el término de *extranjero* se refiere a un estatus jurídico-político de pertenencia a una nacionalidad que excluye otras características culturales, lingüísticas, sociales, entre otras.

En las últimas décadas, las mujeres emprenden un proyecto migratorio de manera autónoma, debido a situaciones en las que se ven sometidas en sus países de origen. “Más allá del incremento de mujeres en los flujos migratorios, el elemento central del proceso de feminización de la migración es el tipo de movimiento que caracterizan las mujeres, que cambió significativamente en los últimos 40 años” (Salas, 2017, p. 188).

Además, hacemos hincapié en los aportes de María José Magliano y Eduardo Domenech (2009) quienes advierten que el sólo movimiento de un territorio a otro no implica una mejora para la situación de las mujeres. El reconocimiento del impacto de la dimensión de género en los programas migratorios, no implicó necesariamente el abordaje del modelo

²¹ Aquí, nos referimos a barrios como Nuestro Hogar III, Pueblos Unidos, Ciudad Obispo Angelelli I, Cooperativa Esperanza; a los asentamiento 12 de Septiembre, Darío Santillan, El Milagro, Nuestro Hogar III anexo; al paraje de Piedras Blancas y a la zona cercana de cortadero de ladrillos. Exceptuamos la zona de Virgen de Fátima, ya que ellas poseen nacionalidad argentina.

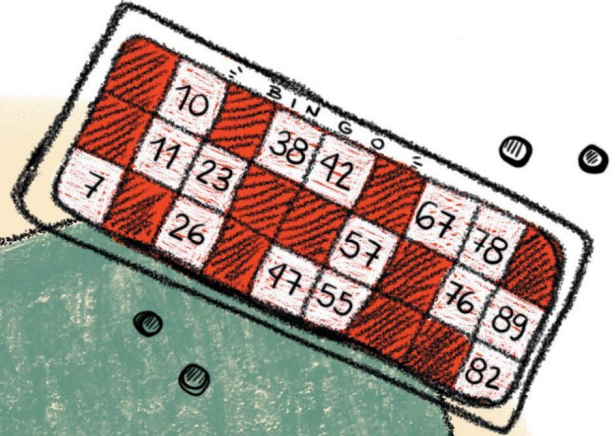
económico, político, social y cultural que reproduce las inequidades de género. Desde el punto de vista epistemológico, la aproximación a la versión generalizada de las migraciones sacó a las mujeres de la invisibilidad. Es importante destacar la interseccionalidad que refiere a las agentas como mujeres, migrantes, de sectores populares y los atravesamientos de género, etnia y clase social que las relegan.

Como el proceso estuvo acompañado por mujeres nacionales y migrantes, hemos tenido que redefinir esta arista de la intervención, que se debe al carácter flexivo de trabajo al que apostamos y a considerarla como un proceso, inacabado, dinámico (Aquin, 2011). En suma, apostamos por definir a nuestras agentas de intervención como *mujeres de sectores populares*. En tanto, nos referimos a mujeres que provienen de “una fracción de la sociedad que se ubica en lo subalterno, en lo no hegemónico, lo no dominante” (Carante, Celiz Aducci y Sanchez Malo, 2020, p. 67). Al momento de pensar en este concepto, resulta pertinente acompañarlo de una lectura interseccional de la estructura social, ya que condiciona la vida de quienes están atravesadas por una pobreza persistente (Echeverría, 2014). Es decir, grupos familiares empobrecidos que, generación tras generación, han reproducido tal condición.

Lo argumentado nos remite a pensar tanto en los procesos de exclusión como en el ejercicio de la ciudadanía, puesto que “cuando saben que sos migrante no te dan el trabajo” (comunicación personal 11, 14 de octubre del 2021) volviéndose dificultosa la reproducción cotidiana. Dichos procesos, devienen del empobrecimiento producto de políticas neoliberales, en tanto, “es a partir de allí, cuando la ciudadanía entró en un tobogán de pérdida de derechos y de soberanía.” (Bard Wigdor y Echavarría, 2013, p. 93). Frente a esta pérdida, las mujeres de los sectores populares se han organizado en pos de conquistar “espacios en el mundo público comunitario, ocupando posiciones de liderazgo social, de coordinación y de visibilidad pública” (ídem, p. 98).

En relación a lo mencionado anteriormente, desde el Centro Comunitario Barrios de Pie nos comentaban cómo se organizan para hacer frente a estas dificultades, “tenemos 15 huertas, 5 actividades recreativas, talleres de panificación, tejido y costura, y son las mismas mujeres quienes son capacitadoras y hay 20 que reciben un salario” (comunicación personal 12, 28 de septiembre de 2021). Destacamos que ellas son quienes han sostenido los territorios, a través de comedores, merenderos, copas de leche o huertas comunitarias. También, tomando un rol principal en las festividades patronales como la fiesta de la Pachamama el 1 de agosto, el día de la Virgen de Urkupiña el 15 de agosto; así como en las ferias de emprendedores y centros vecinales.

De ahí nuestra apuesta por revalorizar, a lo largo del proceso de intervención, la posición de estas mujeres en la trama social. Lo anterior va de la mano con el deseo de transformar los espacios, problematizando y cuestionando lo naturalizado por el sistema capitalista, colonial y patriarcal. En este sentido, insertarnos en los territorios implica la vinculación con las organizaciones que cotidianamente se encuentran allí trabajando. El establecimiento de las conexiones entre actores, conlleva a una transformación (en menor o mayor impacto) de forma directa o indirectamente en la vida de quienes intervenimos, “inciden finalmente en la construcción de las subjetividades, y por lo tanto, de lo social” (Aquin, 2019, p. 8). A partir de las lecturas y análisis desarrollados, en adelante buscaremos dar cuenta de las diferentes intervenciones, interpretaciones y recorridos que realizamos en conjunto con las agentas.



CAPÍTULO 5

**Nuestro proceso
de intervención:
Construir estrategias
en tiempo de pandemia**



5.1. *Pensar el sobre qué: definición del campo problemático y objeto de intervención*

Al comenzar con este apartado, resulta pertinente especificar qué entendemos por el concepto de campo problemático. Este último, se define como “la explicitación argumentada de los nexos más significativos de la cuestión social²² hoy, con relación a la particularidad que adquiere la relación problematizada entre sujeto y necesidad.” (Rozas Pagaza, 1998, p. 59). Es una configuración donde el Trabajo Social genera reflexiones en torno a las expresiones de la cuestión social desde una perspectiva más situada.

La especificidad del campo problemático nos va a permitir que la intervención se configure habiendo recuperado lógicas, sentidos y significaciones. Lo cual es posible, debido a que este campo es “el lugar donde se explicitan las trayectorias que llevan a la pobreza, a la desocupación, a la marginalización y a la exclusión y que se manifiestan como demandas individuales y autónomas de sus relaciones mutuas” (Rozas Pagaza, 2010, p. 50). Este campo es complejo y para reconocer dicha complejidad resulta necesario traer a colación la interseccionalidad, interculturalidad y la multidimensionalidad mencionados en capítulos anteriores.

Asimismo, es indispensable el reconocimiento de que el campo problemático no está dado como tal en la vida cotidiana, sino que es una “construcción conceptual producto de la tensión entre categorías conceptuales y la empiría desde la cual se definen líneas o formas de abordaje” (Lugano, 2002, s/p). Como profesionales de las ciencias sociales abordamos y definimos nuestro campo como el *acceso de las mujeres a los derechos de salud sexual y (no) reproductiva*. En este punto recuperamos las significaciones de las agentas, ya que eso nos guía en “un camino a recorrer y develar, al mismo tiempo que implica el reconocimiento de la estructuración de nuevas formas de enfrentamiento de esta ‘cuestión social’”²³ (ídem).

Para continuar complejizando lo expuesto, retomamos la categoría de objeto de intervención ya que es la respuesta al interrogante “¿sobre qué intervenimos?” (Martínez Rossiter y Torrecilla, 2015, p. 230). Durante mucho tiempo existió (y existe) mucha confusión a la hora de definirlo. Pues es claro que en la teoría lo podemos hacer, pero en la praxis dicho objeto tiene muchos matices que vamos vislumbrando en la intervención y en la investigación.

La discusión por la definición del objeto del trabajo social comienza gracias al movimiento de la reconceptualización. Esto se da ya que surgen diversas preguntas que

²² Entendida como el conjunto de problemas políticos, sociales y económicos que se manifiestan en la reproducción de la vida cotidiana, ligada a la realidad económica, social, política y cultural de cada momento histórico particular.

²³ Las comillas son textuales.

apuntaron a especificar el carácter científico de la profesión, debido a que el objeto de las ciencias es construido (no está dado en la sociedad), los trabajadores sociales debemos investigar conjuntamente a la intervención. Así, se vuelve clave destacar que dicho objeto no es de estudio, sino de intervención, volviéndose necesario delimitar y determinar el problema-objeto (Parra, 1999). En suma, la intervención misma requiere de un recorte de la problemática a abordar, puesto que, por cuestiones prácticas, se haría imposible trabajar sobre la totalidad de la realidad. Por ello, la acción profesional se sitúa en un espacio y tiempo determinado, incorporando nociones como sujeto, vida cotidiana y necesidades.

Tomando los aportes de Nora Aquin (1996), entendemos que el objeto de intervención se encuentra en la intersección entre tres esferas: la reproducción cotidiana de la existencia, la distribución secundaria del ingreso y los sujetos con dificultades para su reproducción cotidiana. En este sentido, Gustavo Parra (1999) intenta sintetizar que el objeto del trabajo social es la cuestión social, que no puede ser entendida sin tener en cuenta su carácter histórico y lógico. Entendiendo a la intervención como una respuesta a la cuestión social, se vuelve imperante planificar estrategias, para su abordaje.

Posicionarnos desde este campo disciplinar implica definir que nuestro objeto de intervención refiere a los *obstáculos y dificultades por parte de las mujeres en relación al acceso al derecho a la salud sexual y (no) reproductiva*. Cabe destacar que también abarca a las vivencias, deseos, formas de ver y existir en el mundo. Para delimitarlo, retomamos la demanda directa de las mujeres, expresada durante el desarrollo de los encuentros de mujeres “Redes de Sueño” organizados entre el CENPA y el centro de salud, en el año 2019. La estrategia de retomar dicha demanda se debió al interés expresado en la participación masiva en el taller de métodos desarrollado en octubre de 2019. Asimismo, en la reunión que tuvimos con referentas de organizaciones territoriales, el 28 de septiembre del 2021, destacaron que “a las mujeres les gustó mucho el [taller] que hicieron sobre MAC” (comunicación personal 12, 28 de septiembre del 2021).

De la misma forma, incorporamos el encargo del equipo psicosocial del centro de salud, que se refiere a reconocer la cobertura actual del Programa de Salud Reproductiva, Sexualidad y Planificación Familiar, “desde la DAPS nos solicitaron poder reconocer cuántas mujeres están fuera del programa” (comunicación personal 2, 27 de julio del 2021); articulándose con la necesidad de “digitalizar las fichas, así accedemos con mayor facilidad a las fichas y podemos ver cuándo tienen que venir” (ídem). Asimismo, la institución había comenzado un proceso de actualización de su área de responsabilidad, con las fichas

digitalizadas “se pueden ubicar las mujeres en el mapa y saber a qué partes no estamos llegando, para mejorar eso” (idem).

Delimitamos la actuación con objetivos generales y específicos, que surgieron del análisis de nuestra problemática. La importancia de los mismos radica en que constituyeron los ‘para qué’ de nuestro accionar y fueron guiando todo el proceso. Según la especificidad del objeto, se daba cuenta de los niveles de resolución de la problemática abordada. Asimismo, pretenden guardar coherencia entre sí, permitiendo la concreción de los mismos. Nuestra intervención pre profesional tuvo como objetivo general el *aportar a la mejora sobre las condiciones de acceso a la salud sexual y (no) reproductiva de las mujeres del área de responsabilidad del centro de salud en el período agosto 2021 - diciembre 2021, desde una perspectiva de género.*

Por su parte, de forma específica, los objetivos fueron:

- Reconocer el acceso a los derechos de salud sexual de las mujeres del área de responsabilidad del Centro de Salud N°79 desde septiembre del 2020 - septiembre 2021.
- Prevenir la violencia de género y promover la reconstrucción de redes entre las mujeres del territorio.
- Promover la puesta en común de conocimientos sobre salud sexual a los vecinos del centro de salud en el período de agosto 2021 - diciembre 2021.

5.2. Delineando el cómo: nuestras apuestas metodológicas y estrategias de intervención

Uno de los puntos de partida fue realizar acuerdos con el centro de prácticas para definir los días y horarios de acercamiento al terreno. La primera semana de agosto de 2021 comenzamos a asistir al centro de salud, acordando con la referente ir los martes por la mañana y los jueves por la tarde. Este último día se enmarcó en la propuesta de salidas a territorio y actividades comunitarias ya pautadas en el equipo de salud.

Una primera propuesta de trabajo fue incorporarnos al espacio de consejerías grupales, que como mencionamos anteriormente, se llevaba a cabo los segundos y cuartos martes de cada mes, de 9.00 a 11.00 horas. La ejecución del mismo era a raíz de demanda espontánea, es decir que las mujeres que quisieran asistir se anunciaban en la administración del centro de salud. Cuando nos insertamos, los encuentros se realizaban dentro del consultorio del área psicosocial y luego, coincidente con la apuesta del personal de salud por un espacio destinado a reuniones, la consejería se trasladó al salón de usos múltiples (SUM). En cuanto a la participación específica, como equipo, decidimos incorporarnos una por vez

en el espacio, en vistas de que la presencia de las profesionales no sea invasiva, además de las medidas de prevención y cuidado. Debido a que en ese momento se encontraban vigentes las medidas de distanciamiento social, preventivo y obligatorio.

La segunda línea propuesta, transversal al proceso de prácticas, estuvo dirigida a efectuar el encargo del equipo psicosocial antes mencionado. Es por ello que, insertarnos en el Programa de Salud Reproductiva, Sexualidad y Planificación Familiar, implicó reconocer las estrategias de acceso que se estaban llevando a cabo desde el centro de salud. La institución, como expresamos, tenía intenciones de comenzar un proceso de digitalización de las fichas de las mujeres que participan del programa como una herramienta clave para la sistematización de los datos.

Imagen 4: Ficha médica utilizada en la sistematización.

Para comenzar con lo descrito, propusimos llevar a cabo dicha digitalización en una tabla de cálculo, que construimos junto al equipo psicosocial y la encargada de la administración del turno mañana, seleccionando los datos que eran relevantes a los fines de un posterior análisis. Los resultados se obtendrían de plasmar los datos cuantitativos en un mapeo territorial que permitan, por un lado, conocer el número de personas bajo programa al momento de la sistematización y su geolocalización. Por otro lado, posibilitan que la institución pueda realizar una autoevaluación sobre cómo viene abordando la temática para poder tomar decisiones sobre cómo proceder con aquellas mujeres en vinculación activa y planificar cómo revincular a quienes dejaron de hacerlo.

La herramienta de registro utilizada fueron las fichas personales (ver imagen 4) que contienen datos identificatorios, médicos y un registro del MAC utilizado, así como la periodicidad en el retiro del mismo. Decidimos realizar un recorte temporal con inicio en enero del 2019 a septiembre del 2021, teniendo en cuenta que ese periodo era el más cercano cronológicamente hablando y reconociendo que el tiempo disponible para la investigación era escaso. Asimismo, uno de los objetivos de la investigación fue reconocer posibles variaciones en el retiro de MAC en el periodo previo y durante la pandemia.

Durante el proceso, arribamos, de forma preliminar, a que en la comunidad de Virgen de Fátima no se promovían instancias relacionadas a la salud sexual de las mujeres ya que contaban con escasos registros en la zona. Lo anterior, se debe a las distancias geográficas y con ello, la posibilidad de que el personal de salud pueda atender las demandas del territorio.

La tercera línea, fue desarrollar espacios de capacitación y encuentro, que se subdividió en dos líneas de abordaje. Así, retomamos los encuentros de mujeres en Nuestro Hogar III, los cuales se habían interrumpido por el proceso de pandemia. De esta forma, articulamos el trabajo con el Centro Comunitario Barrios de Pie, docentes del CENPA y del CENMA, el equipo psicosocial del centro de salud y, eventualmente, otras profesionales. De este modo, planificamos, en la línea de capacitación e información, tres talleres que partieron de una demanda directa de la docente del CENPA y CENMA para organizar una jornada que aborde la temática de violencia de género. En efecto, previmos la ejecución de un primer taller sobre violencias, otro sobre MAC y, finalmente, una consejería grupal sobre LTB.

Por otra parte, siguiendo la misma línea de abordaje, propusimos cuatro encuentros de mujeres en barrio Virgen de Fátima, con el objetivo de retomar los vínculos con el centro de salud y propiciar espacios de encuentro, información y disfrute de y para mujeres. Articulamos con el Merendero Madre Teresa, dependiente de la parroquia de barrio Comercial, para realizar dichos encuentros en su locación, en el horario en que les niñas asistían a la actividad del merendero. Asimismo, los referentes del merendero nos plantearon que “estaría bueno que hagan algo con las madres, quisimos hacer cosas pero no nos dan bola” (comunicación personal 13, 27 de septiembre del 2021). En los marcos de las observaciones anteriores, se constituyó como eje central de trabajo la planificación de los temas a trabajar según los intereses de las mujeres, para que resulte un trabajo significativo y sostenible en el tiempo.

En cuanto a las técnicas de intervención, incorporamos el insumo de fotografías, el registro en cuaderno de campo y la observación participante, que fueron claves para la

elaboración de análisis y de estrategias de intervención. En relación al cuaderno de campo, fue elaborado de forma grupal como forma de socializar los procesos.

Por su parte, la observación participante consiste en estudiar a un grupo durante un periodo de tiempo participando en su vida colectiva y en las actividades que se lleven a cabo. En este sentido “se participa para observar y [...] se observa para participar” (Guber, 2001, p. 57). Así, podemos realizar un análisis complejo de la dinámica social, los discursos y las estrategias comunitarias. Participando en el centro de salud, hicimos foco en registrar la dinámica del espacio social y las redes que se tejen, a partir de lo que se dice y lo que se calla. La información procesada, proviene de las lecturas que vamos haciendo, a lo conversado en diversas entrevistas no directivas con diferentes referentas comunitarias.

Otra técnica utilizada fue la entrevista no directiva que se basa en un encuentro cara a cara con las agentes, siendo una de las técnicas más usadas de las metodologías cualitativas. La no directividad parte de diversos ejes temáticos donde se establece un diálogo fluido favoreciendo la confianza. Así, se le “solicita al informante indicios para descubrir los accesos a su universo cultural” (Guber, 2001, p. 78) lo cual requiere reflexividad.

Hacer uso de estas dos últimas técnicas de intervención, nos permitió identificar los cambios presentes en el territorio desde diciembre del 2019; los que se referían a la proliferación de negocios familiares destinados a la venta de artículos de limpieza, mencionado en apartados anteriores. También, otra modificación central, fue el desmalezamiento y loteo del terreno ubicado a pocos metros del centro de salud, que era reconocido por los vecinos como inseguro, ya que “pasar por ahí a las 5 de la mañana para venir al centro no ves nada porque no tiene nada de luz y la policía está a veces” (comunicación personal 14, 17 de septiembre del 2019). Asimismo, reconocimos las ampliaciones y mejoras en las viviendas familiares, como también el reacondicionamiento de las calles perpendiculares a la principal.

Las estrategias son los grandes ejes claves para pasar de la situación actual a la situación deseada. Dentro de cada estrategia aparecen contemplados los objetivos que se pretenden alcanzar con las mismas (Rodríguez, Taborda, Eula, Camisasso y Maniaci, 2016). Son entendidas como “la construcción de una serie de pasos, en que se involucran actores y recursos a fin de resolver un asunto, según los objetivos e intereses puestos en juego” (Gaitán, 2016, p. 397). De esta forma, establecer estrategias implica una relación cotidiana con los agentes, permitiendo generar algún tipo de transformación; responden y tienen su origen en los ‘cómo’ de la intervención.

La planificación de las estrategias la hemos ejecutado como un proceso abierto,

dinámico, interactivo y flexible. En este momento nos planteamos una serie de interrogantes: ¿de dónde partimos?, ¿qué queremos lograr?, ¿con qué recursos contamos?, ¿desde qué concepciones nos posicionamos? A continuación, detallaremos las estrategias propuestas. Para facilitar la lectura, incorporamos un cuadro de doble entrada:

	NUESTRO HOGAR III	VIRGEN DE FÁTIMA	CONSEJERÍAS GRUPALES DE LTB
Espacio físico	Itinerancia entre las aulas del CENPA y el SUM del centro de salud.	Uso del garaje del merendero. En días de actividades al aire libre, pedir el patio de la casa de una vecina.	Uso del consultorio y traslado al SUM.
Tiempo	Martes de 9 a 11 horas o jueves de 14 a 17 horas. Cada 15 días durante los meses de octubre a diciembre.	Jueves de 18:15 a 19:45 horas.	Martes de 9 a 11 horas cada 15 días.
Agentes	Mujeres del área de responsabilidad del centro de salud.	Mujeres de Virgen de Fátima	El área de responsabilidad del centro de salud
Difusión	Online por medio de folletería	Repartir la invitación casa por casa los días martes previo a cada encuentro. Uso de folletos y mensajes por el grupo de whatsapp	Cartelería colocada al ingreso del centro de salud.

La planificación a su vez fue un espacio de articulación de diferentes actores del territorio. Asimismo, como todo el proceso se desarrolla en el marco de la construcción académica, contamos con supervisiones semanales. Por un lado, con la docente de la

cátedra anual de Intervención Pre Profesional y, por otro, el espacio acompañado por la trabajadora social, referente territorial.

5.3. Frente a las necesidades, las redes comunitarias y estrategias entre mujeres

Iniciar con el desarrollo de este apartado conlleva a realizar una aclaración del porqué del título del mismo. Aquí, nos proponemos correr a la profesión de la centralidad y redactar desde la voz de las mujeres. Apostamos por darles reconocimiento a su trabajo cotidiano, siendo hacedoras de la permanente construcción de estrategias para satisfacer sus necesidades y que sostienen, reproducen y transforman las redes de vinculación en los territorios.

En materia de lo social resulta común hablar de redes de apoyo, de contención, de vecindad o del debilitamiento de las mismas en el tiempo de pandemia. Para dar cuenta a qué nos referimos cuando nombramos una red partimos de que, son necesarias un mínimo de dos personas con algo en común, es decir, pueden compartir espacios territoriales, ideas, culturas u otros aspectos/significaciones. Desde esta forma, las redes constituyen un capital social clave para transitar situaciones de exclusión o soledad.

Como mencionamos anteriormente, las redes forman parte del capital social, en tanto refiere a los recursos que la red de relaciones puede otorgar o movilizar. Al pensar en el análisis de una red, implica abordar las estrategias de inversión para mantenerlas; siendo necesarias las conexiones físicas y de sentido entre los actores sociales, las cuales tienen efectos directos, trascendentes y prácticos.

Las redes también se encuentran presentes en el campo de la salud, y constituyen en una interacción continua entre agentes e instituciones que se fundamentan en un objetivo en común o para resolver problemas concretos. Sin embargo, este abordaje requiere “un sentimiento de profunda pertenencia, de legitimidad del otro, de su racionalidad, de su accionar y de la apertura a un diálogo emocionado en una interacción que no niegue el conflicto sino que reconozca la diferencia” (Rovere, 2006, p. 10). Lo precedente, quiere decir, que es pertinente contemplar no sólo a los profesionales sino a toda la comunidad para fomentar instancias de resignificación de la salud. Estas redes se visualizan en las estrategias del centro de salud de salida al territorio para entregar las bolsas de semillas del programa ProHuerta a las vecinas; “en la pandemia nos juntamos más con referentas de Nuestro Hogar 3 y de Pueblos Unidos, ellas nos pidieron consejerías y trabajan mucho cuestiones de género y huertas” (cuaderno de campo 1, 7 de septiembre del 2021).

El entorno familiar suele ser significativo para la construcción de redes de sostén, protección o de intercambio y ayuda mutua, siendo el principal constructor de identidad. Así,

se vuelven más propensas a surgir particularmente cuando la reproducción cotidiana se ve afectada por algún motivo y se caracterizan por el compartir entre los miembros de dicha red, pudiendo ser potenciadoras de diversas prácticas (Ortolanis, 2012). Las redes se recrean continuamente, las posiciones en su interior varían de acuerdo a múltiples factores externos e internos, como puede ser cambios en los roles, salida o incorporación de personas. Lo anterior se puede observar claramente entre dos mujeres adultas que participaron del ciclo de encuentros; ellas son cuñadas y se organizan para que una cuide a los niños mientras la otra se encuentra trabajando.

La *reproducción cotidiana de la existencia* se torna un concepto clave para el análisis de la lucha por las necesidades (Fraser, 2015). Referirnos a la reproducción cotidiana conlleva a pensar en el conjunto de actividades, que las personas o grupos realizan para mantener o mejorar sus condiciones de vida. Fue a través del surgimiento del Estado de bienestar, que el debate en torno a las *necesidades* se institucionalizó en la arena política, convirtiéndose en un campo de intervención y dejando de concebirse como un tema de discusión de ciertos sectores específicos. De esta manera, coexisten los discursos de derecho y los conservadores en la disputa en torno a su legitimidad, cómo se las define y cómo satisfacerlas.

Los debates teóricos de interpretación ya mencionados, poseen un carácter político, sociológico y en algunas instancias judiciales, puesto que se ponen en juego los intereses de las partes involucradas. Así, el sistema de necesidades se va modificando por las contiendas sucedidas en los espacios públicos, también por las diversas variaciones resultantes de avances y cambios en el contexto social, cultural, económico y político. Esto último, genera la producción de bienes, ideas, creencias y valores que tienen lugar en los distintos espacios de la vida social.

Entendemos, desde los aportes de Agnes Heller (1978), que el carácter social de las *necesidades sociales* remite a que son producidas socialmente, es decir, tenemos necesidades por ser actores sociopolíticos que interiorizamos desde el momento en que formamos parte del mundo social. Las mismas son individuales y particulares, puesto que “pueden situarse entre los deseos, por un lado, y las carencias (necesidades sociopolíticas), por otro” (Heller, 1996, p. 85).

Desde esta perspectiva, pensar en su carácter social implica que se encuentren interconectadas por relaciones de finalidad, en donde la satisfacción o resolución de una necesidad puede vislumbrar otra que subyace a la primera. De esta manera, la realidad nos muestra que mientras más desencadenamos sus niveles se complejiza su satisfacción. Lo

anterior es así, porque se entrelazan, ocasionando una crisis de las necesidades (Fraser, 2015); no basta de un satisfactor para compensar una necesidad. Reivindicarlas requiere poner a discusión bajo qué parámetros, concepciones e intereses son interpretadas. En este sentido, al iniciar el proceso de intervención en Virgen de Fátima, tuvimos por objetivo la revinculación con el centro de salud y, por consiguiente, el abordar sólo la salud. También, trabajar sobre el fortalecimiento de los lazos comunitarios, del tiempo de ocio y disfrute, que indirectamente resulta una forma de prevenir la violencia de género.

Pensar las necesidades nos permite una interpretación que nos corra de una simple lectura superficial, posibilitando su problematización. Este proceso requiere de tres aspectos analíticos, interrelacionados, que pueden darse simultáneamente. El primero, da cuenta de “la lucha por establecer o negar el estatus político de una necesidad” (Fraser, 2015, p. 79), de esta forma, validarla como un asunto de interés político o conservarla en el ámbito de lo privado. El segundo momento se refiere al “debate acerca de la interpretación de la necesidad” (ídem), ya que poder definirla permite determinar cómo satisfacerla. El último, es “la lucha acerca de la satisfacción de la necesidad” (ídem), por garantizar o negar un satisfactor.

Además, es en el tercer aspecto, donde como profesionales nos encontramos mayoritariamente, debido a que en la administración pública tenemos la labor de definir cómo se interpreta el acceso a la misma, qué tipo y cómo asignar recursos. Nos conformamos en ‘traductoras’ de las necesidades.

Las múltiples acciones efectuadas por parte de diferentes actores para legitimar necesidades que desbordan la cotidianidad, se complejizan con la realidad de las sociedades latinoamericanas y, en especial, de los sectores populares. A dichas sociedades se nos ha despojado de diversos recursos, ocasionando más dificultad en la reproducción cotidiana. Así, “las necesidades sociales que requieren alguna forma de atención y el modo en cómo el Estado se refiere a estas necesidades, constituyen el punto de partida de la intervención del trabajo social” (González, Nucci, Soldevila, Ortolanis, Crosetto y Miani, 2000, p. 24). Frente a las diversas crisis que atravesamos, las mujeres del territorio se nuclean en organizaciones sociales realizando manifestaciones, en pos de reclamar el acceso a sus derechos.

Continuando con lo anteriormente expresado, para resolver las necesidades, las personas generamos estrategias de reproducción que están signadas por el hábitus, la trayectoria de vida y el contexto particular. Dichas estrategias, son empleadas para crear y perpetuar la unidad y existencia de los grupos sociales, así mantener o mejorar su posición en el espacio social. De esta forma, podemos distinguir diversos tipos de estrategias,

relacionadas con los diferentes tipos de capital; por ejemplo, gracias al capital social las mujeres pueden dividirse las tareas entre vecinas, pudiendo coordinar entre ellas para que una lleve a los niños a la escuela y otra pueda ir a sacar los turnos al centro de salud.

En línea con lo mencionado, pensar las estrategias nos permite realizar una lectura acerca de los procesos de creación u obtención, defensa, recreación y administración de recursos. El despliegue de los mismos involucran cierto grado de racionalidad, de la cual no siempre se es consciente. En este sentido, aludimos a que el término estrategias que empleamos no se condice con una visión economicista, es decir, no se calcula racionalmente de acuerdo al costo-beneficio de cada estrategia. Por el contrario, se plantea una organización basada en la distribución de roles y trabajo mediante el que se dividen tareas y se asumen responsabilidades. Las estrategias forman parte de nuestra vida diaria, de esta forma una de las estudiantes del CENPA afirmaba que “me levanto temprano, cocino, voy a clases y cuando salgo me voy a trabajar” (comunicación personal 15, 10 de septiembre del 2019).

Como ya hemos expuesto, la pandemia repercutió sobre “las poblaciones de menos recursos y genera numerosas dificultades para la consecución de las necesidades básicas pero también las relacionadas a las desigualdades preexistentes” (comunicación personal 2, 27 de julio de 2021), provocando que dichas desigualdades se hayan acentuado y favorecido el surgimiento de nuevas formas de opresión. En este sentido, algunos autores, como Rosario Esteinou (1996), señalan que, además de las estrategias de reproducción, encontramos a las *estrategias de sobrevivencia*. Para la autora, poder pensar y analizar estas últimas se condice no sólo con las características del contexto, sino también con lo referido a las subjetividades.

Siguiendo lo expuesto anteriormente, nos referimos al estudio de aquellas líneas de acción desarrolladas por agentes y grupos del sector de la pobreza o sectores populares, que ‘aparecen’ en contextos de crisis. “Ante la reestructuración económica y la falta de adecuada respuesta por parte del Estado las unidades domésticas más empobrecidas han debido desplegar una serie de mecanismos, comportamientos y relaciones para lograr su reproducción integral en las mejores condiciones posibles” (Suárez, 2005, p. 13). Las mujeres se organizan para el trabajo en sus casas realizando el tejido de lámparas para empresas reconocidas de la ciudad, recibiendo el pago cada 15 días, sin facturación ni contrato de trabajo. En estos casos, la estrategia de supervivencia es utilizada para trabajar desde sus domicilios mientras tienen que organizarse con el cuidado de los hijos “yo deje de trabajar porque era muy lejos” (cuaderno de campo 1, 2 de noviembre del 2021).

Dentro de las producciones académicas sobre el tema, en su mayoría se apunta a estrategias tendientes a satisfacer cierto tipo de necesidades. En este sentido, se toman

indicadores que corresponden a necesidades básicas insatisfechas, término que proviene de una visión funcionalista y está ligado sólo a la carencia, lo que no se tiene. A pesar de esto, se ha incluido en estos últimos diez años, la categoría del capital social que nos permite revalorar la red de relaciones sociales que cada actor posee, de la cual se puede valer para el intercambio de bienes y servicios. “Su utilidad se expresa en los beneficios materiales y simbólicos (el prestigio, por ejemplo) que permite apropiarse y esos beneficios dependen de la participación en la red de relaciones”²⁴ (Hintze, 2004, p. 6).

Después de las consideraciones anteriores, nos resulta oportuno destacar que, desde el trabajo social en el campo de la salud, es importante analizar las diversas estrategias comunitarias que se desarrollan y se recrean en los territorios. En ese mismo sentido, poder continuar problematizando la construcción de necesidades y sus satisfactores en cada contexto particular. Asimismo, conocer y examinar las dinámicas sociales que se construyen en torno a ello, generando un conocimiento situado que potencia la llegada del Estado en términos de centro de salud a las mujeres que aún no pueden efectivizar su derecho al cuidado.

Retomando lo desarrollado en este capítulo, construir el campo problemático y diferenciarlo del objeto de intervención nos habilitó a pensar en estrategias de intervención acordes a un contexto particular y a las agentes con las que caminamos el proceso. Asimismo, reconocimos que dicha intervención no debe abordarse desde una sola arista, sino que debe tener en cuenta las complejidades que detallamos en capítulos anteriores y recuperar las estrategias que las mismas mujeres ya se encuentran llevando a cabo cotidianamente.

²⁴ Los paréntesis son textuales



CAPÍTULO 6

Análisis y aproximaciones

6.1. Comenzando el análisis

El abordaje de nuestro objeto de intervención, implicó dar cuenta de la vinculación de lo cuantitativo y cualitativo del mismo. El proceso de indagación cuantitativa nos permitió tener noción de cómo se expresa el acceso a la salud sexual de forma empírica. Por ello, realizamos una sistematización de fichas del Programa De Salud Reproductiva, Sexualidad y Planificación Familiar como encargo del Centro de Salud. Dicho encargo, como hemos mencionado, surge con motivo de que el equipo de profesionales deseaba reconocer su actual cobertura para mejorar las estrategias de llegada a la comunidad. Por ende, sistematizamos 361 fichas médicas que equivalen al 30% del total de mujeres que se encuentran activas en el programa.

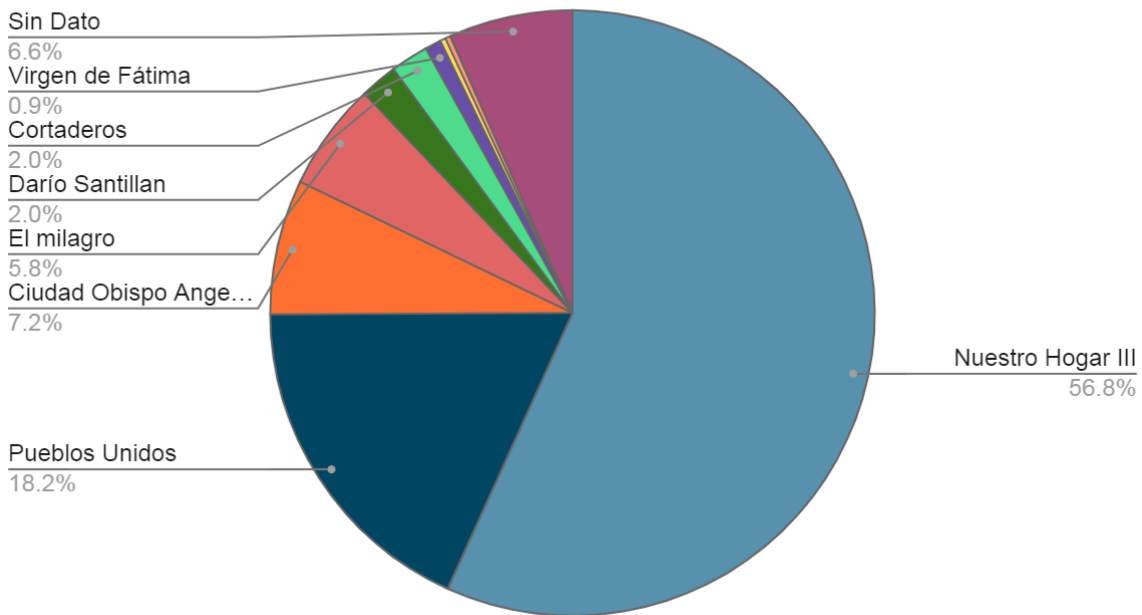
El análisis nos permitió reconocer que 128 fichas correspondieron a mujeres migrantes, conformando el 35,18%. A su vez, pudimos constatar que la edad promedio del total fue de 28 años, dos años menos de la edad promedio de las mujeres migrantes. La edad máxima y mínima del ingreso al programa también varía, dado que, para el total de fichas, se registró una máxima de 54 años y una mínima de 13 años. En el caso de las mujeres migrantes, esta distancia se acorta varios años, siendo de 46 años y 14 años, respectivamente. En relación a la moda, la diferencia de edades es notable, ya que el total de mujeres coincide con los 22 años y, para las mujeres migrantes fue de 34 años.

En relación a la mayor representación, el 56,8% de las fichas sistematizadas perteneció a Nuestro Hogar III, destacando que nadie manifestó ser parte de Nuestro Hogar III Anexo. Luego, el 18,2% pertenece a Pueblos Unidos y el 7,2% al barrio ciudad Obispo Angelelli I. Por su parte, el 5,8% de las mujeres, reconoció residir en el asentamiento El Milagro.

Con respecto a los lugares de pertenencia, el 2% de las mujeres se nombró como parte del asentamiento Darío Santillán y el 2% de la zona de cortaderos. Asimismo, con respecto a las poblaciones más alejadas del centro de salud, sólo el 0,9% del total de fichas pertenecían a Virgen de Fátima, ubicado a 3.9km (por ruta N° 36); el 0,3% correspondió a Piedra Blanca, a 5.5km y no cuenta con colectivo urbano que facilite el traslado hacia la institución. Finalmente, se contempló también un 0,3% que consideró como lugar de residencia a 'Otro', un 6,6% 'Sin Dato' y no se encontraron registros de residentes de la Cooperativa 12 de Septiembre. Las estadísticas expuestas, pueden visualizarse en el siguiente gráfico:

Gráfico 1.1: *Lugar de residencia*

Lugar de residencia



Fuente: *Elaboración propia en base a sistematización de fichas 2019-2022*

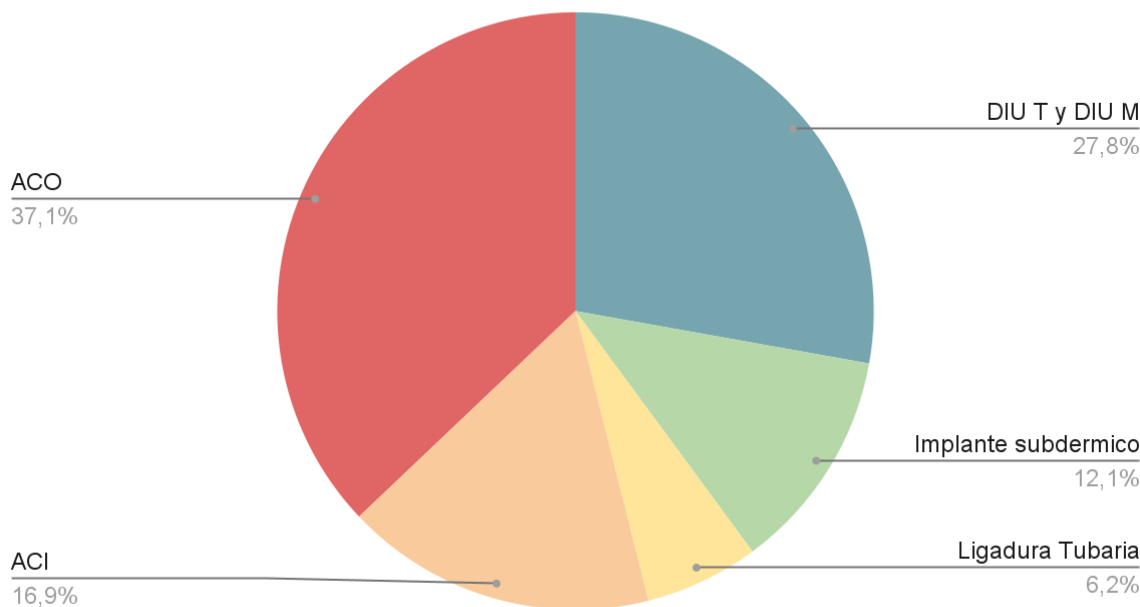
De los análisis expuestos, cualitativamente reflexionamos de que el acceso a la salud sexual y (no) reproductiva se da de manera diferenciada entre nacionales y migrantes, puesto que hay una distancia de 12 años entre la población de mayor uso para ambos casos. Asimismo, a modo de hipótesis afirmamos que el acceso y permanencia en MAC tiene valoraciones diferentes en las culturas de Perú, Bolivia y Paraguay. Es decir, las maternidades y el goce de las sexualidades se vivencian y significan diferente, debido a las creencias, tradiciones y culturas, como ya expresamos en apartado anteriores.

De igual manera, dicho acceso se ve obstruido por la distancia geográfica al centro de salud; esto implica mayor inversión del tiempo, energía y recursos en la búsqueda del método. Lo que nos lleva a preguntarnos: ¿con qué criterios se elige un centro de salud para la atención?, ¿cómo se resuelve el acceso a los MAC?

Respecto al uso vigente entre agosto de 2020 a septiembre de 2021, el mayor registro correspondió a ACO. En contraposición, el menor acceso se observó en el método anticonceptivo irreversible (LTB), que sólo se registró un 8,11% del total de métodos. En este sentido, nos planteamos las siguientes preguntas a modo reflexión: ¿esto se debe a que, dejan abierta la posibilidad a un futuro embarazo, pero de manera planificada; al desconocimiento y temores relacionados a la LTB?, ¿será por obstáculos presentes en la pareja o imposiciones sociales? o ¿una combinación de todas las anteriores?

Gráfico 1.2: *MAC utilizado según fichas sistematizadas*

MAC utilizado



Fuente: *Elaboración propia en base a sistematización de fichas 2019-2022*

Sin embargo, lo recabado en el proceso no es concluyente para responder a estos interrogantes. En tanto, destacamos que la sistematización se realizó sólo sobre la adquisición de MAC por parte de mujeres, sin el registro de varones, retiro de profilácticos para personas con pene ni la píldora de emergencia. A su vez, el Plan Médico Obligatorio (PMO), no cuenta con profilácticos para personas con vulva, anillo vaginal, campo de látex, parche, sistema intrauterino (SIU), esponja vaginal ni espermicidas. Por lo expuesto, reconocer la escasa disponibilidad de MAC en centros de atención públicos de la salud, nos invita a problematizar que el acceso al derecho de salud sexual, queda sujeto a la elección sobre dicha disponibilidad y no efectivamente el que desee usar.

6.2. De la planificación a los hechos

6.2.1. Las consejerías de LTB

Las consejerías de LTB estuvieron pensadas como un espacio de encuentro entre profesionales de la salud y los sujetos, en mayor medida mujeres, que asisten a estos espacios de información e intercambio de saberes. Estos espacios, poseen como objetivo “fortalecer la autonomía de las personas para que tomen decisiones sobre su propia salud sexual y salud

reproductiva de manera lo más consciente e informada posible” (Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, 2018, p. 9). Asimismo, posibilitan un asesoramiento personalizado, puesto que se necesita de intervenciones singulares y adecuadas a las particularidades de cada contexto.

Por otra parte, las consejerías, habilitan una construcción conjunta de saberes entre los diferentes actores sociales, sobre temas abordados en relación a la salud, favoreciendo al planteo de las dudas, deseos, intereses y necesidades. Así, se abre el juego, permitiendo a los sujetos participantes la construcción y apropiación de herramientas y recursos para la toma de decisiones autónomas.

Las consejerías, como puede malinterpretarse por su nombre, no son espacios para dar consejos; son un dispositivo que intenta achicar la brecha entre el marco normativo y la realidad, generando en el otro un proceso de lucha, de producir salud. El espacio se basa en el encuentro, en los derechos sexuales, en el fortalecimiento de la autonomía, en la equidad y en el reconocimiento de la diversidad, permitiendo dar cuenta de las desigualdades existentes entre los sujetos y acceso a la salud. En tanto, dar cuenta de esta realidad nos posibilita problematizar los imaginarios sociales y diagramar propuestas para su abordaje.

En referencia cuantitativa, 13 mujeres asistieron a las consejerías entre marzo del 2021 hasta julio del mismo año. A su vez, el MAC que manifestaron en mayor medida utilizar fue ACO y ACI; en menor medida, DIU, preservativos o no utilizar ningún método -registrado sólo en un caso-. La mayoría de quienes asistían a las consejerías, eran madres y el 46% de ellas se encontraba transitando un embarazo en diferentes etapas. En fichas usadas para el registro de los asistentes al espacio, no se registró la identidad de género o la orientación sexual, tampoco se explicitó la nacionalidad de procedencia. Sin embargo, pudimos constatar que había similitud en la cantidad de DNI pertenecientes a migrantes y a nacionales, dato que sí era registrado junto con otros datos identificatorios.

Durante los meses de agosto del 2021 y diciembre del mismo año, período en el que nos insertamos y participamos de los espacios, registramos la asistencia de 10 mujeres. Cabe agregar, que sólo en uno de los encuentros participó; al finalizar la consejería, la mujer participante preguntó si su pareja podía ingresar. “Es para que él pueda sacarse dudas y saber cómo va a ser todo” (comunicación personal 4, 28 de septiembre del 2021).

Focalizando en el acceso a LTB, el centro de salud inicia con el espacio de consejerías como una forma de brindar información de manera oportuna y pertinente; también, difundir y derivar a los servicios de salud que existen en el territorio. Al inicio de cada encuentro cada

encuentro²⁵ se conversaba sobre la ley de anticoncepción y los derechos de la salud sexual, para reconstruir los saberes previos, aclarar dudas al respecto e identificar las partes del cuerpo, retomando el ciclo menstrual, la ovulación y la fecundación. Pudimos observar, que varias mujeres plantearon que “no sabía que existía una ley” (cuaderno de campo 1, 07 de octubre de 2020).

A lo largo de los encuentros desarrollamos un juego sobre prejuicios y mitos sobre la LTB con el objetivo de recuperar la perspectiva de las mujeres. En efecto, se habilitó la palabra de las participantes propiciando la expresión de diversas frases, “con esto ya no voy a tener más chicos?, hay mujeres que se ligaron y después quedaron embarazadas de nuevo” (cuaderno de campo 1, 10 de agosto del 2021), “¿se necesita el consentimiento de la pareja para hacerse la LTB?” (ídem), “me dijeron que se pueden volver a unir las trompas, si quiero tener algún hijo más” (comunicación personal 4, 28 de septiembre del 2021). En esta línea, abordamos la importancia del conocimiento del ciclo menstrual de cada una y cómo el mismo es un tema de pudor, tabú o desconocimiento. A partir de lo expuesto, podemos reflexionar cómo la sociedad nos ha impuesto estereotipos que debemos seguir, a los cuales nuestra vulva puede no ajustarse a ellos, puesto que, como compartimos en los encuentros, cada una es única en sí misma.

Otras frases recurrentes estaban relacionadas a la edad para acceder a la LTB, es decir, consideraban que “es necesario ser grande, seguro más de 40 años” (comunicación personal 16, 10 de agosto del 2021) y haber transitado, al menos, un embarazo. Estas expresiones se relacionan con una mirada patriarcal que coloca a la mujer sólo en el lugar de madre. En tanto, algunas mujeres referían que en los hospitales a los que se habían acercado para acceder a su derecho, las habían intentado persuadir por algún motivo, “acabo de alumbrar a mi cuarto hijo y tenía programada la ligadura durante el parto, pero en último momento el obstetra me dijo que no íbamos a hacer la ligadura porque faltaba la firma de la psicóloga” (cuaderno de campo 1, 24 de agosto del 2021), “en mi último embarazo pedí que me hiciera la ligadura y en el hospital no hacían y pregunte en otro lado y me lo hacían en 45 días y yo no tenía quien cuide a mi hijo para recuperarme” (comunicación personal 16, 10 de agosto del 2021).

Además, en los espacios de consejerías, se problematiza frecuentemente “¿por qué hay tantos MAC para las mujeres y para los varones son tan pocos?” (ídem). Del mismo modo, se refuerza el imaginario de que somos las mujeres quienes debemos cargar con el

²⁵ Ver planificación completa de las consejerías en anexo 1

peso de la procreación y posterior crianza. Asimismo, la ciencia androcéntrica²⁶ fortaleció sistemas de conocimiento en dónde las mujeres quedaron ubicadas como objeto de conocimiento y aplicación de tecnologías anticonceptivas y reproductivas.

Finalmente, reconocemos que se presentaron mitos referidos al deseo sexual después de la intervención quirúrgica. En este sentido, alegaban conocer casos, donde el mismo aumentaba, “¿la ligadura cambia el deseo sexual?” (comunicación personal 16, 10 de agosto del 2021), “dicen que después de la ligadura estás más caliente” (cuaderno de campo 1, 7 de octubre del 2021). Ante estas situaciones, intentamos develar de forma conjunta la génesis de estos preconceptos, coincidiendo en que no se relaciona con el procedimiento en sí, sino a la despreocupación del riesgo de embarazo dando la posibilidad al disfrute de encuentro sexual. “Ya cumplí como madre, no quiero tener más hijos” (idem).

6.2.2. Ciclo de talleres del CENPA y CENMA

Como mencionamos en las apuestas metodológicas, organizamos un ciclo de talleres en articulación con las docentes de las instituciones. El primero, fue relacionado a violencia de género y se llevó a cabo el 14 de octubre, de 10 a 12 horas, contando con la participación de 5 mujeres. Para el segundo taller, cambiamos el horario dada la mayor disponibilidad; tuvo como temática los MAC, se realizó el 28 de octubre, de 14 a 16 horas y participaron 13 mujeres. El tercer taller era específico sobre ligadura tubaria, no pudo realizarse ya que no tuvo concurrencia, se superpuso con una movilización convocada en el centro de la ciudad. El cierre de los encuentros se celebró el 2 de diciembre, de 14 a 16 horas y contó con la participación de 10 mujeres.

La dinámica horizontal y la disposición del espacio en forma de ronda, propició el diálogo y la escucha activa, que permitió que las mujeres puedan sentirse parte. Como materiales de respaldo para cada encuentro, se utilizó folletería e insumos disponibles en el centro de salud, pertinentes a cada temática abordada.

El primer taller, tuvo como objetivo problematizar actos de violencia de género que experimentamos en la sociedad; es por esto que, luego de la presentación, se realizó una dinámica para reconocer las violencias vividas que esconden ciertas frases que tenemos naturalizadas. Algunas de las frases propuestas fueron: ‘vas a la escuela a perder el tiempo’, ‘no me gusta que salgas con esa ropa a la calle’, ‘anda a limpiar que es cosa de mujeres’, ‘tienes que quedarte más horas porque trajiste a tu bebé al trabajo’. La finalidad de esta

²⁶ Es decir, que el conocimiento científico considera al varón como centro de la historia en detrimento de las mujeres.

actividad estaba orientada a problematizar la violencia psicológica, económica y laboral; las cuales no eran nombradas como tales debido a los estereotipos de género imperantes, complejizado por el hecho de ser migrantes. De esta forma, permitió reconocer que todas estamos atravesadas por diferentes modalidades de violencias aunque, a su vez, nos vincula para formar redes de resistencia y lucha.

A continuación, realizamos una cartografía corporal en forma grupal, para poder distinguir las acciones o palabras que nos afectan y cómo repercuten en nuestra corporeidad. En este sentido, se observó que el miedo se identificaba en todo el cuerpo y se combinaba con dolores de cabeza, de estómago, cansancio en las piernas y golpes. En la puesta en común, se destacó que estas marcas están presentes en las preocupaciones, inseguridades, impotencias, nervios, fatigas, enojos y presiones que conlleva ser mujer.

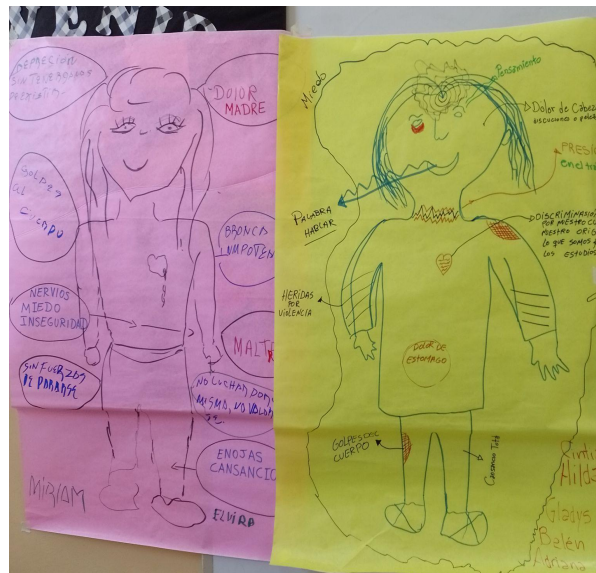


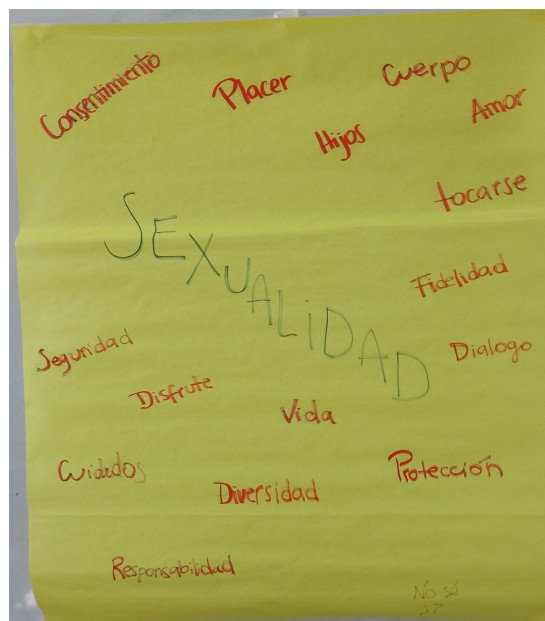
Imagen 5: Cartografía grupal

El encuentro se realizó en el aula de la escuela de adultos, en el horario en que les hijos asisten a clases. Sin embargo, contamos con la asistencia de una niña, ante lo cual debimos generar la improvisación de una actividad específica, con el fin de que su madre pudiera disfrutar. Por otra parte, el clima del encuentro fue interrumpido por la visita inesperada de dos autoridades educativas las cuales se retiraron antes del cierre, sin dar explicaciones.

Se finalizó el encuentro informando sobre los números de contactos de los espacios donde podemos acudir frente a la problemática, a modo de presentar redes institucionales. A su vez, surgieron interrogantes acerca de cómo proceder ante una situación de violencia, ante

lo cual se visualizó la importancia de fortalecer las redes de apoyo territorial y el acompañamiento de los profesionales.

El segundo encuentro tuvo como objetivo brindar información sobre los MAC. Comenzamos con un afiche escrito con la palabra *sexualidad* donde surgieron términos como: consentimiento, placer, hijos, cuerpo, amor, tocarse, fidelidad, diálogo, protección, vida, diversidad, cuidados, seguridad, disfrute, ¿no sé? Con estas palabras dimos cuenta de que la sexualidad, abarca más que sólo la genitalidad y las relaciones sexuales, entendiéndola desde una mirada ampliada. Durante la dinámica, la timidez estuvo presente, aunque no fue un impedimento para poder expresarse.



Imágen 6: ¿Qué asociamos a la palabra sexualidad?

Posteriormente, se procedió a la presentación de imágenes de los órganos genitales internos y externos, habilitándose la pregunta con respecto a si alguna vez los identificaron, palparon u observaron. Ante esta propuesta, la mayoría dijo que “nunca me miré” o que “no se me había ocurrido antes” (comunicación personal 17, 28 de octubre del 2021); también por sus gestos se sorprendían identificando el tamaño y posición del útero en su cuerpo, dando cuenta de la falta de educación sexual con la que crecemos. Es por lo descrito, que resulta importante identificar la presencia de risas por lo bajo ante las figuras ilustrativas, lo que denota el tabú presente al hablar sobre determinada temática y como censura a la curiosidad.

Al momento de presentar los MAC incluidos en el PMO, utilizamos tarjetas informativas. En el compartir, surgieron distintos mitos relacionados a las repercusiones de los métodos en la salud, la efectividad y a los usos según la edad. A modo de ilustrar tales

frases surgidas, “¿es verdad que cuando nos cuidamos mucho tiempo con ampollas podemos quedar estéril y que si te cuidas con la T de cobre puedes quedar embarazada y el bebé nace con la T de cobre en su cabeza?” (comunicación personal 17, 28 de octubre del 2021), “las pastillas te engordan [y] te hacen mal al estómago” (ídem), “[con el implante] no puedes hacer más grandes esfuerzos ni levantar mucho peso” (ídem). Asimismo, destacamos las dudas acerca de la reversibilidad de la LTB con respecto a los otros métodos, que fueron respondidas mayormente por la médica generalista presente. En suma, la presencia y el acompañamiento del personal de salud resalta el trabajo interdisciplinario que orienta las intervenciones en la comunidad.



Imagen 7: Tarjetas de métodos anticonceptivos

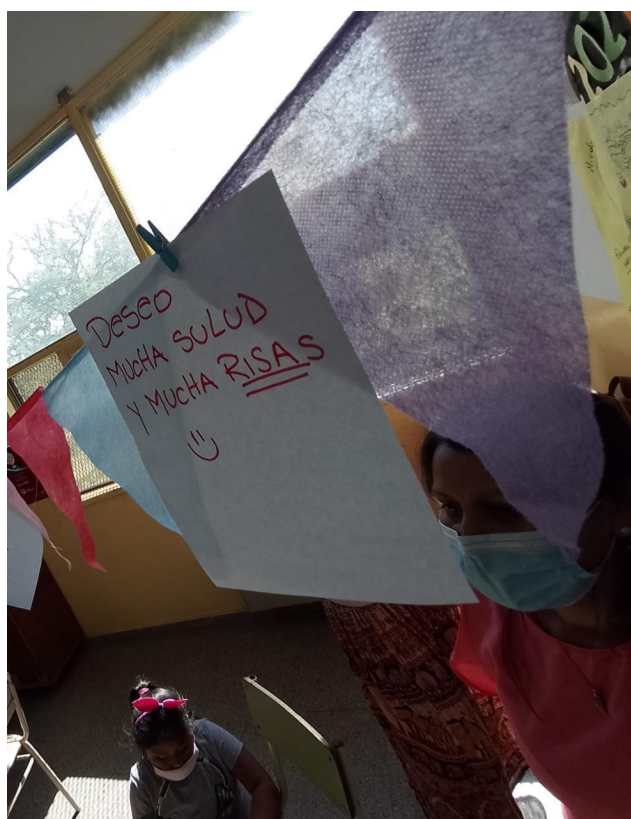
Además, al presentar cada uno de los MAC, surgieron algunos comentarios entre mujeres e interrogantes para con el equipo de trabajo, como por ejemplo “el diu en Bolivia se lo conoce como T de cobre” (comunicación personal 17, 28 de octubre del 2021) o “¿hasta dónde llega el pene, puede tocar el diu?” (ídem). Es en este punto donde resaltamos la importancia de una mirada intercultural e interseccional, que dé cuenta de los diversos atravesamientos que subyacen ante los discursos de las mujeres. Por lo tanto, se trata de mujeres migrantes, provenientes de Bolivia y Perú, madres, encargadas de la reproducción cotidiana de su familia y adultas en proceso de escolarización.

Sobre las bases de las consideraciones anteriores, tener origen en sociedades donde prima el trabajo en la siembra y cosecha de alimentos, como su posterior venta, relega la escolarización y la educación sexual a un segundo plano, “cuando era más pequeña en Perú trabajaba con mi familia en el campo, sembrábamos papa, eso hacíamos, teníamos que trabajar, no había tiempo para la escuela” (comunicación personal 18, 31 de julio del 2019). Complejizando lo expuesto anteriormente, se sostiene una mirada cultural muy fuerte en el rol de madre como procreadora, dadora de vida, asociada a las creencias religiosas y espirituales.

Para el cierre del encuentro, difundimos números telefónicos nacionales destinados a dudas o reclamos, como forma de apropiación y distribución del conocimiento. Por último, implementamos un buzón de sugerencias o dudas que se dejó hasta el cierre de los talleres, pero estuvo vacío al momento de abrirlo.

Planificamos el tercer encuentro, con el objetivo de realizar una consejería grupal de LTB. El mismo, como ya adelantamos, se suspendió por falta de participación dado que no previmos una posible movilización en el centro de la ciudad a la que las mujeres estaban convocadas a participar. Por último, el cuarto encuentro tuvo como objetivo generar un espacio de disfrute y celebrar el cierre del año. En este propósito, se propuso a las mujeres llevar una comida para compartir, que habilitó la palabra en relación al tiempo que nos dedicamos y a reconocer la interculturalidad haciéndose presente en las elaboraciones.

En este último taller, partimos del juego ‘cuando fue la última vez qué’: ¿me hice un mimo?, ¿me sirvieron la comida en mi propia casa?, ¿me sentí importante?, ¿sentí que defendía mis derechos?, entre otras. La mayoría de las respuestas eran negativas o denotaban la postergación de tiempo que nos entregamos a nosotras mismas, en tanto cuidados de la salud y de disfrute. Esta realidad nos permitió identificar la opresión sobre el rol de las mujeres y cómo se suspenden o restringen nuestros propios deseos e intereses por las actividades cotidianas. Se finalizó el encuentro redactando carteles con deseos de y para las mujeres participantes y a todas aquellas que conocemos, muchos de ellos expresaban la necesidad de un tiempo propio de disfrute, de tender redes comunitarias y de continuar con sus proyectos personales.



Imágen 8: Deseos de y para mujeres.

6.2.3. Encuentros de mujeres en Virgen de Fátima

Iniciar los encuentros de las mujeres en barrio Virgen de Fátima, implicó un proceso de negociación con los referentes territoriales, en relación a los fines de la propuesta y temáticas a desarrollar. Particularmente, dicha negociación se generó a partir de la intervención de uno de los referentes, quien planteó sus inquietudes frente a esta nueva práctica realizada desde una institución de educación superior, puesto que nos dió a entender que en experiencias pasadas sólo se plantearon vínculos utilitarios. “Nos planteamos que exista realmente un proceso en el que nos podemos ver todos, ese entrar y salir deja muchos efectos en los otros” (comunicación personal 13, 27 de septiembre del 2021).

El primer encuentro de mujeres, tuvo como objetivo el conocer a las mujeres y presentar el espacio²⁷, por lo que buscamos iniciar un vínculo de confianza entre quienes asistimos. El puntapié inicial fue ir al barrio días previos, pasando casa por casa en acompañamiento de la referenta del merendero y personas allegadas al espacio, para acercar la invitación a una tarde de bingo. La decisión por realizar dicha actividad partió de las recomendaciones de quienes trabajan en el merendero, que refirieron que la propuesta suele

²⁷ Ver planificación completa en Anexo 2

ser motivo de encuentro. Al momento de comenzar, al igual que cada taller en los diferentes espacios de intervención, nos presentamos refiriéndoles el encuadre desde el que nos posicionamos.

Como mencionamos en apartados previos, si bien, los encuentros se desarrollaron en el mismo horario en que funciona el merendero, en esta primera ocasión, pudimos constatar la presencia de varias hijas de ellas; de igual manera, logramos que el diálogo fluyera sin interrupciones. En este sentido, planteamos la horizontalidad como direccionadora de la actividad, donde nos mezclamos y participamos del juego para ir intercambiando diálogos con las mujeres, incentivando la participación con la palabra de quienes sólo observaban.

Algo a destacar, que sucedió desde el primer encuentro y se extendió al resto, fue la participación del referente varón del merendero. Se trata de un varón, adulto, heterosexual, profesional y externo al barrio, pero perteneciente a la parroquia de la cual depende el espacio. Dicha persona, desde los inicios, nombraba a las mujeres como ‘las madres’, haciendo hincapié en la maternidad como única actividad de ellas. Asimismo, no consideraba pertinente abordar temáticas relacionadas al género y sexualidad; en este sentido, si bien no se encontraba presente cuando se desarrollaron las actividades, se aproximaba a los espacios en reiteradas ocasiones. Lo expuesto, puede interpretarse como las resistencias y el ejercicio de control del lugar donde se encuentre, producto de la legitimidad social y reproducción de mandatos patriarcales.

El segundo encuentro estuvo orientado a poder pensar la propia cuerpo como territorio, que se fundamentaba en la importancia de reconocer las vivencias heteronormativas y patriarcales que dejan marcas. Ilustrando lo mencionado, surgieron una serie de preguntas y frases a la hora de plasmar su silueta, “¿y cómo me dibujo, tengo que dibujarme gorda o flaca?” (cuaderno de campo 1, 25 de noviembre del 2021), “no sé cómo dibujarme, ¿cómo te dibujaste así te copio?” (ídem). En este sentido, ser mujer, madre y provenir de un barrio popular, a nivel físico se ve reflejado en los dolores lumbares y de cintura por cargar con los hijos en brazos, pasearlos en coche, baldear, cocinar y barrer. También, realizamos dinámicas dirigidas a reconocer la vecindad como una red de relaciones ampliada, con quienes construir comunidad. En tanto, al igual que sucedió con el tercer encuentro, la actividad central se enfocó en el juego.



Imagen 9: Cartografías corporales

En su mayoría, quienes asistían a los encuentros en Virgen de Fátima eran mujeres, heterosexuales, adultas, madres, encargadas de la reproducción cotidiana y empleadas informales del mercado laboral. Es decir, dedican su tiempo al cuidado y atención de otros²⁸, quedando su espacio de ocio y disfrute relegado en un segundo plano. Lo cual, refuerza su rol como mujeres-madres, algo que hemos tratado de problematizar a lo largo de las reuniones.

El cierre del espacio, estuvo pensado en relación a la salud; pudimos constatar que la escasa asistencia de vecinas del barrio Virgen de Fátima al centro de salud se debe a la lejanía con respecto al mismo “caminando no puedes ir, porque te roban por el camino y el colectivo que va al barrio pasa lleno en la ruta” (cuaderno de campo 1, 25 de noviembre del 2021). El optar por dirigirse a otros centros de atención médica²⁹ se relaciona con la posibilidad de movilizarse a pie, en más líneas de transporte público, como también el contar con obra social (PAMI).

Particularmente, con respecto a los MAC, expresaron tener un amplio conocimiento sobre los diferentes tipos y formas de acceso que existen. La mayoría de las mujeres utilizaban algún método como forma de prevenir embarazos no deseados, “yo estoy ligada porque ya fabriqué demasiados chiquitos, aquella otra también se ligó después de tener el quinto crío” (cuaderno de campo 1, 25 de noviembre del 2021), “yo tengo el chip, que me lo ve el doctor del dispensario de Comercial” (idem).

²⁸ En este sentido, nos referimos tanto al trabajo doméstico (no remunerado) como al extradoméstico (remunerado). Puesto, que en su mayoría se trataba de mujeres que se encontraban insertas en el mercado laboral desde el servicio doméstico. Aunque, algunas de ellas, trabajaban en comercios en atención al cliente.

²⁹ Algunos de los centros de atención de la salud públicos mencionados fueron: el Centro de Salud N°42 Comercial, Centro de Salud N°41 Villa El Libertador, Hospital Nuestra Señora de la Misericordia. Por otro lado, también se nombraron centros privados, como el Hospital Raúl Angel Ferreyra y el Sanatorio Mayo.

Se presentaron diversos interrogantes acerca del método de LTB, notamos que esto se debía a la falta de información en los espacios dedicados a la salud, en especial al área de ginecología. En este sentido, reflexionamos que se podría deber a una práctica desde el modelo médico hegemónico, es decir, no reparar en estrategias de educación ni promoción, sino enfocarse en la atención de la consulta en particular. Por ende, las mujeres mostraron su interés por aprender respecto a cómo se realiza la práctica, al cuidado durante las relaciones sexuales y la efectividad del método, “yo la tengo, pero por las dudas uso forro para no quedar embarazada de nuevo” (cuaderno de campo 1, 25 de noviembre de 2021), “yo escuché que se pueden volver a unir con una operación, si te arrepentís y quieres tener otro” (ídem). Ante estos planteos, procedimos a derivarlo a las consejerías grupales, como modo de articulación con el Centro de Salud N°79.

A lo largo de los encuentros incorporamos la sistematización de los mitos recuperados anteriormente. Con la finalidad de ser compartido en el cierre, planificamos la utilización de carteles con frases, información e imágenes alusivas a fin de problematizarlos. Sin embargo, esta actividad no pudo ser llevada a cabo, aunque atravesaron los diálogos a lo largo de los encuentros. Se culminó la última reunión plasmando en un cartel deseos y expectativas de las mujeres para comenzar el año 2022.



Imagen 10: Deseos de fin de año

La planificación elaborada para cada uno de los encuentros buscó reparar las asimetrías de poder/saber presentes entre las mujeres y el equipo de tesoreras. Fue clave la distribución de las cuerpos en el espacio, privilegiando la formación de rondas para poder mirarnos al hablar. El sentipensar ha estado presente en la finalización de cada jornada, puedo que apostamos a recuperar las sensaciones, emociones y expectativas a próximos encuentros, atendiendo a los objetivos propuestos.

6.3. Volver sobre lo comunitario: obstáculos y continuidades del proceso

Compartir y comunicar las experiencias vividas nos permite, como mujeres, identificar la singularidad de cada una, pero echando luz al lugar común en que nos han colocado. A su vez, resignificar las capacidades individuales y colectivas potenciadoras de habilitar procesos partiendo de nosotras mismas, de nuestra cotidianidad y de nuestras problemáticas, pero no solas, sino en comunidad (Menéndez Díaz, 2019, p. 145).

De la misma forma, percibimos que entre las mujeres de los territorios abordados pudieron crear una red³⁰ de sostén y protección. En contraparte, como mujeres continuamos con la responsabilidad primaria de organización doméstica, producto de las opresiones de una sociedad patriarcal, que se conjuga con las condiciones de existencia que resulta de vivir en contextos de precariedad laboral, relegación urbana y colonialismo estructural. Sin embargo, observamos que estos aspectos pueden ser potenciadores de la creación de vínculos y tender a la generación de espacios de resistencia, de acompañamiento, de lucha y de escucha.

Retomando los espacios mencionados anteriormente, estos se tornan de suma importancia para valorar el protagonismo de las mujeres en el trabajo comunitario. Entendemos desde los aportes de Natalia Bianchini y Celeste Curbelo (2019) que la participación en la vida pública no conlleva per se a redistribuir las tareas domésticas entre miembros de la familia, aunque sí reproduce la desigualdad imperante en la distribución del trabajo. En este sentido, nuevamente pensamos en lo que implica ser mujer, ser madre, pertenecer a un sector popular, con el condicionante de tener otro país de origen, puesto que en los territorios son las mujeres quienes diariamente ponen la cuerpo en la creación de estrategias para satisfacer las necesidades como reflexionamos en apartados precedentes.

En esta misma línea, el reconocer la interseccionalidad en el cotidiano de las intervenciones, nos permitió dar el puntapié a la problematización acerca de los roles de

³⁰ En el caso de los espacios que se generaron en el territorio de Nuestro Hogar III, ello se ve forjado por la participación en organizaciones de movimientos sociales. Muchas de las mujeres, sostienen una participación activa en Barrios de Pie (dependiente del partido político Movimiento Libres del Sur) y otras se encuentran afiliadas con el Partido Obrero.

género, de la maternidad, los cuidados y el disfrute de una sexualidad plena. Asimismo, entendemos que romper las bases sobre la cual se reproduce la sociedad resulta de un proceso estructural, esto significa un avance en el camino hacia ese horizonte ansiado.

Teniendo presente el proceso realizado, podemos reconocer que se presentaron ciertos obstáculos, en primer lugar, en relación a los talleres en conjunto con el CENPA y CENMA. En efecto, durante el primer encuentro reconocimos que las actividades programadas para el jueves no era oportuno, ni factible para la cotidianeidad de las participantes, puesto que, en la organización sólo habíamos tenido en cuenta la disponibilidad de las docentes y del equipo de salud. Esta dificultad hizo que nos decidamos por cambiar al martes por la mañana que nos permitió lograr mayor participación de las mujeres, aunque se superpuso con el horario de trabajo de algunas.

En segundo lugar, en los encuentros en Virgen de Fátima coincidimos con los miembros del merendero que era conveniente convocar a las mujeres en el horario en el que el mismo se llevaba a cabo como forma de que les niños estuvieran contenidos en ese espacio. Sin embargo, como ambas actividades se llevaban a cabo en la misma casa, habían interrupciones constantes; asimismo, una de las mujeres llevó a su hijo de menos de un año a todos los encuentros, debido a que no contaba con alguien que se encargue de su cuidado. Una estrategia acordada por el equipo para lograr la participación activa de todas fue cuidarlo por turnos; algo similar a lo sucedido en el primer encuentro con el CENPA y CENMA.


Siguiendo la misma línea, identificamos como dificultad-desafío, a los tiempos de los territorios en relación a los académicos, ya que durante la planificación de las estrategias de acción, muchas veces nos vemos limitadas por cumplir los tiempos universitarios, generando procesos de cierres que no se corresponden con los procesos de los espacios a los cuales concurrimos. Esto se observa claramente en nuestra planificación de hacer una sistematización de mitos y prejuicios que fuimos registrando, la cual íbamos a compartir en el cierre de los encuentros en Virgen de Fátima. Lamentablemente, no pudimos hacerlo dado que nos vimos en la necesidad de adelantar el cierre en el territorio.

En este mismo orden, se nos presentó un obstáculo coyuntural, ya que sólo una línea de colectivo urbano llega al territorio y durante las ‘hora pico’ las paradas del mismo se colapsan por la cantidad de gente, a tal punto de que luego de un trayecto no frenara en ninguna. En relación a esto, debíamos realizar un gran esfuerzo económico para lograr financiar los boletos por cuenta propia, dado el contexto socioeconómico particular en el que habitamos. Dicho esfuerzo se complejizó debido a que una de nosotras reside en el interior provincial. Como ya se ha aclarado, la pandemia ha sido un obstaculizador, en cuanto a la

incertidumbre constante. Esta incertidumbre se reflejó en los tiempos que se veían afectados, en el personal sobrecargado y en las medidas dictadas por el gobierno nacional que cambiaban constantemente.

Por otro lado, en relación a las continuidades del proceso, en Virgen de Fátima, gran parte de las mujeres continúa en vinculación. Ellas se juntan a realizar deportes, organizando un equipo de fútbol femenino y compitiendo en torneos de la zona. A su vez, incorporaron nuevas miembras y el lugar de encuentro ya no es el merendero Madre Teresa, sino en la cancha de fútbol del barrio.

Cabe agregar que en el centro de salud, el mapeo aún continúa en proceso ya que hubo períodos de quiebre debido a los tiempos académicos y a licencias de las profesionales. En este sentido, cuentan con una imagen actualizada del barrio y con un informe preliminar que se encuentra en proceso de revisión. En el mismo orden (en julio del 2022), el equipo se encuentra relevando los cortaderos de ladrillos de la zona para finalizar con el mapeo del área de responsabilidad.



CIERRES QUE QUEDAN ABIERTOS

7.1. Trabajo social: sus implicancias en los procesos de construcción colectiva. Aportes al campo profesional.

Teniendo presente todo el proceso descrito anteriormente es que podemos afirmar que el Trabajo Social como disciplina disputa su lugar en el campo de la salud desde sus inicios en relación a sus perspectivas, posicionamientos y prácticas. En ese sentido, su inclusión en el campo es producto de la emergencia de situaciones y problemas ignorados por la concepción biologicista. Por otra parte, la irrupción de lo social como dimensión constituyente de los sujetos, dio lugar a nuevas perspectivas en relación a la salud-enfermedad y por consiguiente, generar nuevos escenarios de estructuración en el campo de la salud. En relación a lo abordado, coincidimos que la disciplina se va nutriendo desde lo epistémico y empírico para fundamentar sus discursos y prácticas, permitiendo posicionarse como profesional idóneo e indispensable dentro del campo de la salud.

Resulta oportuno remarcar que valoramos la riqueza de los aportes del trabajo interdisciplinario, teniendo en cuenta el rol y la competencia profesional de cada actor involucrado. Particularmente, debido a la realidad compleja y dinámica en la que están inmersos los territorios, en nuestra intervención fue indispensable la articulación constante con otros profesionales como psicóloga, trabajadora social, docentes, médica y diferentes actoras sociales. Es decir, poder abordar las diferentes problemáticas requieren de diferentes campos del saber que se nutran entre sí, permitiendo dar respuestas concretas y situadas. En esta línea, el trabajo en equipo “lleva un tiempo de construcción, de armado de la propuesta, conocer al otro (fortalezas del otro y las propias), establecer un lenguaje común” (comunicación personal 2, 27 de julio del 2021).

Tal como se ha expuesto, como profesionales es importante estar disputando sentidos y generando consensos sin perder especificidad. En relación a esto Susana Cazzaniga (2002) es clara al orientarnos en diferenciar que no somos parte de un voluntariado o un apostolado, ya que nuestra intervención parte de una matriz teórica y ética a la que debemos remitirnos. Asimismo, no debemos olvidar que nuestra actitud profesional despliega la dimensión política que debe dar lugar a un otro con derecho a ejercer sus derechos.

Como se ha mencionado en apartados anteriores, la disciplina se inserta mayoritariamente dentro de instituciones públicas, donde se dirimen espacios de poder, se toman decisiones, se disputan sentidos, se conocen los espacios y a las personas. Particularmente, no debemos olvidar que el capitalismo colonial y patriarcal está presente en los territorios y nos moviliza a reposicionar nuestra disciplina, corriéndonos del lugar de auxiliares de otras.

En el mismo orden de ideas, el trabajo social que debate y actúa sobre diversos territorios, posee hoy el desafío de tener una mirada crítica sobre su práctica que permita elaborar herramientas conceptuales y metodológicas para cuestionar las normas, discursos, mandatos y principios instituidos. Cabe agregar que dicho posicionamiento busca proponer espacios democráticos, reflexivos e inclusivos que favorezcan el acercamiento de los agentes a su condición de ciudadanía. En tanto, proponer procesos de intervención social que tornen efectivos los derechos de sus habitantes, como también confrontar los discursos afines al proyecto neoliberal que predominan en la orientación de las políticas sociales.

Particularmente, si pretendemos acompañar los procesos de cambio vividos en la sociedad desde los espacios que ocupamos en las ciencias sociales, nos vemos en la obligación de afrontar una serie de desafíos. El primero, como ya mencionamos, refiere a la necesidad de una constante vigilancia epistemológica, siendo necesario posicionarse activamente en torno a las temáticas que conforman la agenda pública, los posicionamientos de los actores y las demandas que de allí se desprenden.

Seguidamente, es imperante pararnos desde una perspectiva decolonial (de Souza Santos, 2006), buscando apostar a la constante reflexión y formación de categorías teóricas, que permitan entender y explicar los procesos sociales propios de nuestra América. En tercer lugar, el desafío se refiere a tender al trabajo desde una perspectiva interdisciplinaria³¹, como expusimos, complejizando las lecturas de la realidad en pos de contribuir a la garantía de derechos.

En cuanto a límites cotidianos en el ejercicio profesional, la precarización es materia corriente. El uso de recursos propios para poder llevar a cabo la tarea nos lleva a problematizar el recurrente desprestigio de la profesión y de las ciencias sociales en general. En esta misma línea, se producen dilemas profesionales, dado que la tarea no puede ser desarrollada si no se ponen a disposición los recursos personales que no son remunerados, como el uso de movilidad propia para los recorridos domiciliarios. Asimismo, la socialización de números de teléfonos particulares implica que el trabajo profesional exceda al horario laboral.

Esto nos lleva a interrogarnos ¿hasta donde llega el ejercicio diario profesional? ¿Cuáles son los límites que debemos establecer entre la jornada laboral y la vida privada? ¿Cómo se retribuye económicamente el tiempo de ocio, si hay que dedicarlo al trabajo? ¿Se visualizan las problemáticas cotidianas de la profesión desde el colegio de profesionales?

³¹ Ello dependerá dentro de qué campo estemos interviniendo. En este sentido, nos hemos encontrado con profesionales de las ciencias médicas, de la educación, la psicología y la arquitectura.

¿Qué medidas se pueden tomar al respecto? ¿Cómo se establecen estas disputas en los territorios en conjunto con los agentes?

7.2. Reflexiones finales

En el proceso de intervención no estuvimos solas como equipo de tesis, sino que las personas que habitan los territorios lo realizaron junto a nosotras, por ende, no ejecutamos cierres sino construcciones comunitarias. Dichas construcciones exceden el tiempo de la intervención pre profesional, ya que continúan una vez que nos retiramos, constituyéndose en puntapié inicial de variados procesos.

Partimos de recuperar la importancia de una intervención que dé cuenta de las necesidades en los territorios, construidas socialmente entre mujeres. De igual manera abordar los territorios requirió de la misma labor teniendo en cuenta una multiplicidad de claves. Como equipo reconocemos que los espacios tienen mucho para decirnos en su formación, historización y dinámica actual, puesto que se transforman en enclaves.

Asimismo, recuperamos las nociones mencionadas anteriormente, tales como interculturalidad e interseccionalidad. La importancia de ambas en el ámbito comunitario radica en que resaltan la complejidad presente en toda intervención; ya que estamos atravesados por multiplicidad de aristas que nos constituyen como agentes en un determinado contexto social, político, cultural y económico. Cada una de estas aristas son formaciones particulares que dan lugar a una sociedad peculiar en un tiempo histórico determinado.

Reconstruir los territorios desde la complejidad, nos llevó a apostar a la salud como capacidad de lucha y desde la salud colectiva; lo cual, teniendo en cuenta nuestro posicionamiento, implica relacionarlo con el buen vivir. Son las mujeres las que ponen en común sus saberes en vinculación a la salud, las formas de reconstruir más allá del sistema generado, respetando sus propias prácticas, sus creencias, sus cuerpos y en reciprocidad con la naturaleza. De esta forma, poner el foco en las luchas y las conquistas que en los barrios se han desarrollado históricamente, de la mano de la decolonialidad del tiempo, nos invita a poder entender cómo han sido los procesos de construcción de los territorios y el porqué consideran más importante ciertos temas sobre otros. Nos convida a pensarnos y reconocernos que como mujeres compartimos una historia común de opresiones, pero desde los múltiples atravesamientos que nos marcan nuestra cuerpo/territorio podemos construir y soñar con nuevos horizontes posibles.

Continuando con lo expresado recientemente, resulta ilustrador pensar en las mujeres que sostienen los territorios. Es decir, desde el trabajo comunitario en las huertas y los talleres

de formación de Barrios de Pie, así como en la conformación de ‘La Cuadra’³², que resultan espacios en los que desde el diálogo personal se problematizan las opresiones naturalizadas. Asimismo, teniendo por delante lo vivenciado y lo que se vive diariamente, como motor para futuros deseados.

El haber impulsado espacios de discusión y encuentro se debe principalmente a que las mujeres continuamos en pugna por un real reconocimiento y garantía de nuestros derechos; estos espacios permitieron problematizar el acceso a los MAC, las violencias y la sobrecarga de tareas. En este sentido, surgieron frases como “yo me quiero ligar hace rato, pero llegó la pandemia y no me dieron turno” (comunicación personal 19, 12 de octubre del 2021) o también hubo una mujer que contó su experiencia de violencia y remarcó que “no estamos solas” (comunicación personal 11, 14 de octubre del 2021) y que se puede salir. De la misma forma, como mencionamos, la mayoría se identificaron con frases que habíamos llevado; algunas se relacionaban a la corporeidad, por ejemplo ‘estás más gorda’ o ‘tenés más canas’, otras a los estudios cursados o a aprendizajes significativos.

El campo de actuación del trabajo social en la salud y, en específico, desde la APS se particulariza en ser un primer contacto, posibilitando el abordaje comunitario de los procesos territoriales desde la SEAC. Sin embargo, al no contar con espacios de alta complejidad se deslegitima al primer nivel, haciendo que se encuentre constantemente desfinanciado y con escasez de recursos.

Sumando complejidad, el PMO es insuficiente ya que no incorpora el abanico total de MAC sino una parte reducida y realiza un recorte en cuanto a su sujeto destinatario, es decir, mujer, heterosexual, haciendo foco en la no reproductividad. Dicho recorte nos remite a reflexionar que no aborda la salud sexual en toda su complejidad, ni efectiviza o asiste el derecho a la sexualidad y al cuidado de las personas que demandan su atención. En este sentido, articulando lo expuesto con el programa de salud sexual de la DAPS, “la finalidad es que se vaya con el método” (cuaderno de campo 1, 3 de agosto del 2021).

A su vez, lo anterior demuestra que se invisibilizan los cuerpos no hegemónicos, sus prácticas sexuales y las necesidades propias que de ellas se derivan. Lo que nos lleva a realizar una crítica hacia nuestras prácticas académicas que, como debían ajustarse a tiempos impuestos, implicaron recortes de la temática, no pudiendo incorporar la mirada de cuerpos no binarios. Dicho recorte, como hemos hecho mención anteriormente, fue una forma de retomar los procesos con mujeres realizados años anteriores como equipo de trabajo.

³² Equipo de fútbol femenino organizado por las mujeres de barrio Virgen de Fátima.

Retomar el vínculo con el territorio y volver a habitar los espacios construidos pre-pandemia, estuvo signado por reflexiones constantes al tratarse de procesos que se vieron afectados por el contexto, por lo que cuestionamos la escasa participación de las mujeres en los diferentes talleres propuestos. El número de habitantes del área de responsabilidad no se correlacionaba con la cantidad de mujeres que participaron en las propuestas. Por lo anterior, suponemos que hubo factores que influyeron en la decisión de no participar, que pueden ser la difusión, la visibilidad de los encuentros, el interés por las temáticas o los tiempos dedicados al disfrute personal y compartir comunitario. Particularmente en la difusión, algunas mujeres no sabían leer, por lo que fue necesario implementar los mensajes de voz por redes sociales y el boca en boca. Por su parte, en relación a los tiempos, consideramos que, al no tratarse de lo doméstico o de reproducción cotidiana de la existencia, no constituyó una prioridad.

Como mencionamos, investigar e intervenir son dos caras de una misma moneda en el proceso de intervención; gracias a la primera planificamos actividades, reconocimos los espacios y a las mujeres que los habitan. Poder tener datos cuantitativos, como conocer estadísticamente el estado de una situación, nos permite gestionar recursos, estrategias e identificar brechas entre los enunciados de los derechos y los accesos en términos de prácticas de salud.

Por su parte, desarrollar procesos cualitativos resulta el núcleo duro de las prácticas profesionales en las ciencias sociales. En este sentido, poner en diálogo ambas prácticas, nos posibilita desarrollar los procesos complejos de abordajes en los territorios. En suma, este tipo de intervención, implica un esfuerzo por parte de los profesionales del trabajo social, quienes se encuentran desgastados e infravalorados económica, política y socialmente.

Lo anterior nos invita a que continuemos disputando las implicancias de la profesión, legitimando nuestras competencias y funciones. Así, poder apostar al trabajo interdisciplinario donde construir nuevos sentidos y prácticas, destacando que los procesos son con otros y en comunidad. Retomar los espacios comunitarios, nos habilita a forjar procesos en pos de equiparar el acceso a derechos y reposicionar nuestro quehacer profesional.

Por último, este proceso significó tanto en nosotras que desarrollamos un proyecto denominado 'Disfrutando Nos Encontramos'. Dicho proyecto fue presentado en el marco de las becas de la Secretaría de Extensión Universitaria y se desarrollará en la comunidad de Virgen de Fátima, donde los procesos de encuentro de las mujeres continuaron, buscará que

podamos acompañar a las mujeres y al barrio en general para continuar trabajando en conjunto.



BIBLIOGRAFÍA

8.1. Fuentes documentales

- Acossatto, Romina (2017). Colonialismo interno y memoria colectiva: Aportes de Silvia Rivera Cusicanqui al estudio de los movimientos sociales y las identificaciones políticas. *Economía y Sociedad*, XXI (36), pp. 167-181. <https://www.redalyc.org/journal/510/51052064010/html/>
- Acosta, Alberto (2014). El buen vivir, más allá del desarrollo en Delgado Gian Carlo (Comp.), *Buena Vida, Buen Vivir : imaginarios alternativos para el bien común de la humanidad* (1ª ed., pp. 21-60). Ed. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades Universidad Nacional Autónoma de México: México. http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/ceiich-unam/20170503034423/pdf_1508.pdf
- Acosta, Alberto y Gudynas, Eduardo (2014). El buen vivir o la disolución de la idea de progreso en Rojas Mariano (Coord.), *La medición del progreso y del bienestar. Propuestas desde América Latina* (pp. 103-110). Foro Consultivo Científico y Tecnológico: México.
- Acuña, Carlos y Chudnovsky, Mariana (2002). *El Sistema de Salud en Argentina*. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional - Fundación Gobierno y Sociedad.
- Aquín, Nora (1996) La relación sujeto – objeto en Trabajo Social: Una resignificación posible en Aquín Nora (Ed.) *La especificidad del Trabajo Social y la formación profesional*. Ed. Espacio: Buenos Aires.
- (2004). *El trabajo social comunitario en las actuales condiciones: Fortalecer la ciudadanía*. Ficha de cátedra para la asignatura Teoría, Espacios y Estrategias de Intervención I de la Carrera Licenciatura en Trabajo Social, ETS-UNC Mimeo.
- (2010). *Fundamentos del Trabajo Social Comunitario*. Ficha de cátedra para la asignatura Teoría, espacios y estrategias de intervención I de la Carrera Licenciatura en Trabajo Social, ETS-UNC Mimeo.
- (2011). Introducción a la intervención. Ficha de cátedra para la asignatura Teoría, Espacios y Estrategias de Intervención II (comunitario) de la Carrera Licenciatura en Trabajo Social, ETS-UNC Mimeo.
- (2019). Nombrar sujetos, conferir significados. *ConCienciaSocial Revista digital de Trabajo Social*, 3 (5), pp 7-8.
- Arias, Ana (2013). Lo territorial en el territorio de la Argentina. Connotaciones históricas, políticas y culturales de lo social de los territorio. *Revista Margen*, (71), pp 1- 7, diciembre. <https://www.margen.org/suscri/margen71/arias.pdf>

- Ase, Ivan y Burijovich, Jacinta (2000). La reforma del sector salud en Córdoba. El naufragio de un piloto de tormentas. *Administración Pública y Sociedad*, IIFAP (13), pp 1-19. <https://docplayer.es/49750648-La-reforma-del-sector-salud-en-cordoba-el-naufragio-de-un-piloto-de-tormentas-1-2.html>
- Ballesteros, Matías Salvador (2017). El sistema sanitario argentino: un análisis a partir de la evolución de los establecimientos de salud desde mediados del siglo XX a la actualidad. *Revista Digital de Ciencias Sociales Universidad Nacional de Cuyo*, 4 (3), pp. 147-174.
- Bard Wigdor, Gabriela y Echavarría, Corina (2013). Frente a la crisis neoliberal, las mujeres se organizan: la experiencia de participación comunitaria de las mujeres de sectores populares en la Argentina. *Revista Nomadias*, (17), pp 89-107.
- Belmartino, Susana (1988). *Modelo Médico Hegemónico*. II Jornadas de A.P.S, pp. 197-211. CONAMER. A.R.H.N.R.G
- Bertona, Lucía, Ramia Villalpando, Agustina y Scarpino, Pascual (2017). La interseccionalidad como apuesta para la construcción de un proyecto profesional decolonial. En *ConCienciaSocial - Revista Digital de Trabajo Social "Democracias, Derechos y Trabajo Social"*, 1 (1), pp. 97-113. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/18435>
- Bianchini, Natalia y Curbelo, Celeste (2019). Las expresiones del feminismo en las organizaciones de mujeres de sectores populares. *Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social*, 3 (5), pp. 214-227. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/26138>
- Bonilla Montesano Alexandra (2019). *Lenguaje inclusivo de género: reflexiones desde la mirada de docentes de Trabajo Social* (tesina de grado). Facultad de Ciencias Sociales. Ed. Udelar. FCS - Universidad de la República (Uruguay). Mimeo.
- Bonvillani, Andrea (2018). *Hacia una comprensión psicosocial de la producción de las subjetividades*. Ficha de Cátedra para la asignatura Psicología Social y Vida Cotidiana, FCS-UNC. Mimeo.
- Bourdieu, Pierre (1988). *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*. Ruiz María del Carmen (trad.) Ed. Taunus: Madrid.
- (1999). *La miseria del mundo*. (1ª ed.) Ed. Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A.: España.
- (2007). *El sentido práctico* (A. Dilon, Trans. S. X. editores Ed. 1a. ed.). Argentina: Siglo XXI.

- Bourdieu, Pierre y Wacquant, Loïc (1995). *Respuestas para una antropología reflexiva*. Grijalbo.
- Brown, Josefina (2007). Los derechos (no) reproductivos en Argentina. encrucijadas teóricas y políticas. Cuadernos Pagu. https://www.researchgate.net/publication/240770963_Los_derechos_no_reproductivos_en_Argentina
- Butler, Judith (2007). *El género en disputa*. Traducción de María Antonia Muñoz. Ed. Paidós Ibérica, SA: Barcelona.
- Burijovich, Jacinta y Ase, Iván (2007). *Atención Primaria de la Salud: evolución histórica de un concepto polisémico*. Módulo 3.1. Programa de Análisis e implementación de Políticas de APS. PROAPS. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, IIFAP.
- Carante, Sofia, Celiz Aducci, Sabrina y Sanchez Malo, Mariana (2020). *Las juventudes y las/os jóvenes de los sectores populares. Una experiencia de organización territorial en la ciudad de Córdoba*. [Tesis de grado, Universidad Nacional de Córdoba]. <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/19084/23.%20TESINA%20Carante%20c%20Celiz%20c%20Sanchez%20Las%20juventudes%20y%20las-os%20j%20c3%b3venes%20de%20los%20sectores%20populares..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Carballeda, Alfredo (2015). El territorio como relato. Una aproximación conceptual. *Revista Margen*, (76), pp. 1-6. <https://www.margen.org/suscri/margen76/carballeda76.pdf>
- Castellanos, Pedro Luis (1990). Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. *Boletín Epidemiológico, Organización Panamericana de la Salud*. 10 (4). Pp. 1-7. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/32628/8366.pdf?sequence=1>
- Castellanos, Rosa y Baucells, Olga (julio-diciembre 2017) Interseccionalidad del género y mercado de trabajo postfordista. *La ventana. Revista de estudios de género*, 5 (46). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-94362017000200202&script=sci_arttext
- Cazzaniga, Susana (2002). Trabajo social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud. *Margen Revista de trabajo social y ciencias sociales*, (27° ed.). <https://www.fhycs.unam.edu.ar/carreras/wp-content/uploads/2017/03/Trabajo-Social-e-interdisciplina-autor-SUSANA-CAZZANIGA.pdf>
- Domínguez Mon, Ana (2015). Prácticas cotidianas de (auto) cuidados en red por parte de un grupo de pacientes con diabetes (DBT) en Patricia Schwarz (Coord.) *Redes de cuidado, autocuidado y desigualdad en salud: personas que viven con enfermedades*

- de larga duración* (50-61). Instituto de Investigación Gino Germani.
<http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iigg-uba/20160520064751/dt75.pdf>
- Echeverría, Andrea (2014). Pobreza extrema. Las privaciones y los padecimientos cotidianos. I. El barrio como parte de la solución y como problema en Clemente Adriana (Coord.) *Territorios urbanos y pobreza persistente*.
- Elías, María (23 y 24 de septiembre 1999). Derechos Humanos, Salud y Trabajo Social. Anales 1 Jornadas Sobre Salud y Trabajo Social - *¿Salud para todos en el año 2000? Posibilidades y desafíos para la intervención del Trabajador Social*. Centro Regional Gral. Sarmiento - UNLU
- Esteban, Mari Luz (2006) *El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista*. Revista Salud colectiva 2 (1).
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652006000100002
- Esteinou, Rosario (1996) Familias de sectores medios: perfiles organizativos y socioculturales. Ciesas, México.
- Feltri, Adriana; Arakaki, Jorge; Justo, Luis; Maglio, Francisco; Pichún, Florentino; Rosenberg, Martha; Spinelli, Hugo; Testa, Mario; Torres Secchi, Alicia; Ynoub, Roxana (2006) Salud reproductiva e interculturalidad. Salud Colectiva, Buenos Aires, 2 (3).
- Ferrandini, Debora (2010) *Salud: opciones y paradigmas*. Mimeo
- Foucault, Michel (2007) *Historia de la sexualidad, 1- La voluntad de saber*. Ulises Guiñazú (trad.). Siglo XXI editores. Título original: *histoire de la sexualite 1: la volonte de savoir*.
- Fraser, Nancy (2015) *Fortunas del feminismo*. Instituto de altos estudios nacionales del Ecuador. Ed. Traficante de Sueños: España
- Gaitán, Paula (2016) Estrategias de intervención en trabajo social institucional en Rotondi Gabriela (Comp.) *Compartiendo quince años del Programa La universidad escucha las escuelas. Perspectivas, debates y propuestas desde el Trabajo Social Institucional (2001-2016)*. Universidad Nacional de Córdoba: Argentina.
- Gentili, Pablo (2014) *Desencanto y utopía. La educación en el laberinto de los nuevos tiempos*. Centro Internacional Miranda- Fondo Nacional de Ciencias, Tecnología e Innovación. CLACSO: Venezuela. <https://bit.ly/2C3oSBB>
- Giddens, Anthony (1995). *Bases para la teoría de la estructuración*. Amorrortu: Argentina.

- Gómez Gómez, Elba Noemí (2018). El cuerpo y la capacidad de agencia. *Expomotricidad: 5º Simposio Internacional de Educación Física Aportes para una formación ciudadana*, pp. 229-238.
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/expomotricidad/article/view/331679>
- González, C., Nucci, N., Soldevila A., Ortolanis E. Crosetto R y Miani A. (2000) *Estrategias de reproducción cotidiana en el espacio social familiar*. Informe de investigación con Aval de la SECyT de la UNC para el Programa de Incentivos. Mimeo.
- González, Patricia y Yanes, Aleyda (Coord.) (2013). *Violencia contra las mujeres, quien calla otorga*. Buenas prácticas en intervención socio-sanitaria desde una perspectiva de género y derechos humanos. Incihusa - Conicet: Argentina.
- Guber, Rosana (2001). *Etnografía: método, el campo y reflexividad*. (1º ed). Capítulos 2, 3 y 4. Grupo Editorial Norma: Colombia.
- Gutiérrez, Raquel y Huáscar Salazar, Lohman (2015). Reproducción comunitaria de la vida pensando la trans-formación social en el presente. *El Aplante Revista de Estudios Comunitarios*, (1), pp. 15-50.
<https://horizontescomunitarios.files.wordpress.com/2017/01/elapantle.pdf>
- Heller, Agnes (1978). *Teoría de las necesidades en Marx*. Traducido por J. F. Yvaras. (1º ed). Ed. Península: Barcelona.
- (1996). *Una revisión de la teoría de las necesidades*. Traducido por Ángel Rivero Rodríguez. Ed. Paidós: Barcelona.
- Hintze, Susana (2004). Capital social y estrategias de supervivencia. Reflexiones sobre el “capital social de los pobres” en Danani Claudia (Ed.) *Políticas sociales y economía social: debates fundamentales*, (pp. 143-166). OSDE-UNGS: Argentina.
- Juliano, Dolores (2010). El cuerpo fluido. Una visión desde la antropología. *Quaderns de Psicologia*, 12 (2), 149-160.
<https://raco.cat/index.php/QuadernsPsicologia/article/view/215013>
- Karstanje Maite, Ferrari Nadia y Verón, Zoe (2020). *El derecho a la salud sexual y reproductiva en Argentina en época de COVI D-19*. Monitoreo de políticas de salud reproductiva. Equipo Latinoamericano de Justicia y Género.
<https://www.clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1624/ARGENTINA.%20Informe%20Salud%20sexual%20y%20reproductiva%20COVID-19.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Lamarca Lapuente, Chusa (2004) La RAE y el monopolio del género... gramatical. *Espéculo. Revista de estudios literarios*. <https://webs.ucm.es/info/especulo/cajetin/leygener.html>

- Lopez Arellano, Olivia y Blanco Gil. A. (julio-agosto 1994). Modelos Sociomédicos en Salud Pública: coincidencias y desencuentros. *Salud Pública de México*, 36 (4).
- Lugano, Claudia (2002). El concepto de vida cotidiana en la intervención del Trabajo Social. *Revista Margen*, (24). <https://www.margen.org/suscri/margen24/cotidia.html>
- Luna, Josefina y Sánchez, Melania (2012). *Barrio Nuestro Hogar III*. Trabajo para la cátedra de Teoría, Espacios y Estrategias de Intervención II, ETS - FCS. Mimeo. <http://barrioscordobeses.unc.edu.ar/wp-content/blogs.dir/33/files/Bo.-Nuestro-Hogar-II-PIOTTI-Marily.pdf>
- Maffía, Diana (2004). *Géneros, Sexualidades y Subjetividades*. Equipo de Educación Popular - Pañuelos en rebeldía: Argentina. <https://es.scribd.com/document/462966692/DIANA-MAFFIA-SEGUNDA-PARTE-Generos-sexualidades-y-subjetividades>
- Magliano, María José y Domenech, Eduardo (2008). Género, política y migración en la agenda global. Transformaciones recientes en la región sudamericana. En *América Latina migrante: Estado, familia e identidades*. FLACSO Ecuador. <https://www.aacademica.org/eduardo.domenech/30.pdf>
- Mançano Fernandes, Bernardo (2012). Territorios, teoría y política en Calderón Georgina y Efraín León (Eds.) *Descubriendo la espacialidad social en América Latina. Reflexiones desde la geografía sobre el campo, la ciudad y el medio ambiente* (pp. 35-66). Ed. Itaca: México. <https://horizontescomunitarios.files.wordpress.com/2016/10/mancano-fernandez-territorios-teoria-y-politica.pdf>
- Martínez, Ariel (2011). Los cuerpos del sistema sexo/género: Aportes teóricos de Judith Butler. *Revista de Psicología* (12), pp. 127-144, FaHCE - UNLP, Argentina. http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.5641/pr.5641.pdf
- Martínez Rossiter, María Cecilia y Torrecilla, Agustina (2015). El objeto de intervención del Trabajo Social y su construcción a lo largo de la historia. *Documentos de Trabajo Social: Revista de trabajo social y acción social*, (56), pp. 229-240. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5612804.pdf>
- Menéndez Díaz, Mariana (2019). Entre mujeres: Nuestro deseo de cambiarlo todo. Apuntes sobre el re-emerger feminista en el Río de la Plata. *Revista de estudios comunitarios. Producir lo común: Entramados comunitarios y luchas por la vida* (1ª ed.). Traficantes de Sueños: Madrid.

- Menéndez, Eduardo (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Revista Salud Colectiva* - UNLa (pp. 1-25). <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/2615/1591>
- Menéndez Espina, Sara (2017). Trabajo femeninos: el valor de los cuidados. *Revista contexto*, (131). <https://ctxt.es/es/20170823/Politica/14515/workforall-ctxtprecarizacion-trabajo-domestico-economia-reproductiva.htm>
- Nucci, Nelli; Crosetto, Rossana; Bilavcik, Claudia y Miani, Ana (2018) La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública. *ConCienciaSocial: Revista digital de Trabajo Social*. 1 (2) mayo del 2018, pp. 10-28. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/19938>
- Nuñez, Facundo (2020). Performatividad en Judith Butler: Una introducción al concepto y sus fuentes. *Acheronta. Revista de investigaciones en Filosofía*, (5), pp. 57-78. <https://revistas.unne.edu.ar/index.php/ach/article/view/4317/3983>
- Orellana, Víctor y Panez, Alexander (2016). El debate sobre la cuestión urbana y el Trabajo Social: contribuciones críticas para pensar la profesión en territorios de relegación urbana. *Revista Perspectivas*, (27), pp. 58-88. <file:///D:/Downloads/Dialnet-ElDebateSobreLaCuestionUrbanaYElTrabajoSocial-8229386.pdf>
- Ortolanis, Eduardo (2014). Cómo hacemos hablar al espacio. Sobre las entrevistas domiciliarias en Violencia Familiar en *Investigaciones Aplicadas en Ámbito del Poder Judicial*, tomo 10 (pp. 539-601), Argentina.
- Parra, Gustavo (1999). El objeto y el Trabajo Social. Algunas aproximaciones a la problemática del objeto en el Trabajo Social. Publicaciones Desde el fondo: Argentina. <https://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000419.pdf>
- Pérez Riedel, Magalí (2014). *Género y diversidad sexual en el blog "Boquitas pintadas"*. Universidad Nacional de Quilmes, Argentina. Disponible en Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes: <http://ridaa.unq.edu.ar/handle>
- Quijano, Anibal (mayo-agosto 2000). El fantasma del desarrollo en América Latina. *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, 6 (2), 73-90. http://www.cedet.edu.ar/Archivos/Bibliotecas_Archivos/Quijano%20El%20fantasma%20del%20desarrollo%20en%20AL.pdf

- Raffestin, Claude (1993). *Por uma geografia do poder*. (Vol. 29). Ática S.A.: Brasil.
[http://www2.fct.unesp.br/docentes/geo/bernardo/BIBLIOGRAFIA%20DISCIPLINA%20POS-GRADUACAO/CLAUDE%20REFFESTIN/RAFFESTIN,%20Claude%20-%20Por%20uma%20Geografia%20do%20Poder\(3\).pdf](http://www2.fct.unesp.br/docentes/geo/bernardo/BIBLIOGRAFIA%20DISCIPLINA%20POS-GRADUACAO/CLAUDE%20REFFESTIN/RAFFESTIN,%20Claude%20-%20Por%20uma%20Geografia%20do%20Poder(3).pdf)
- Restrepo, Cristian Abad (2019). Reapropiación de la Naturaleza desde las resistencias en Abya Yala Cuerpo y territorio como coordenadas epistémicas- políticas. En Sandoval Forero Eduardo Andrés (Cord.) *Discusiones, problemáticas y sentipensar latinoamericano. Tomo II: Estudios Decoloniales y Epistemologías del Sur Global*. Buenos Aires, Argentina. Agustina Issa (Ed.).
<http://www.ceapedi.com.ar/imagenes/biblioteca/libreria/427.pdf>
- Restrepo, Eduardo (2013). Antropología y colonialidad en: Castro-Gómez Santiago y Grosfoguel Ramón (Comps.) *El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Siglo del Hombre Editores: Colombia.
 Disponible en <http://www.ram-wan.net/restrepo/documentos/antropologia%20y%20colonialidad.pdf>
- Rodríguez, E. Marcela; Taborda, Alberto; Eula, Mónica; Camisasso, Mónica y Maniaco Alejandro (2016). *Planificación estratégica. Fundamentos y herramientas de actuación*, Córdoba. Editorial Brujas.
- Rodríguez Salazar, Adriana (2021). Teoría y práctica del Buen Vivir: orígenes, debates conceptuales, y conflictos sociales. El caso de Ecuador [Tesis de doctorado, Universidad del País Vasco].
<https://filosofiadelbuenvivir.com/buen-vivir-2/#:~:text=Buen%20Vivir%20es%20una%20traducci%C3%B3n,de%20vivir%20de%20las%20personas>
- Rovere, Mario (2006). Redes en Salud, los Grupos, las Instituciones, la Comunidad. 2ª Edición corregida y aumentada. *El Ágora*, Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario, Instituto de la Salud “Juan Lazarte”, Argentina.
<https://elagoraasociacioncivil.files.wordpress.com/2015/05/redes-en-salud.pdf>
- (julio-septiembre, 2012). Atención Primaria de la Salud en Debate. *Saúde em Debate*, 36 (94), pp. 327-342, Brasil.
<https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2012.v36n94/327-342/es>
- Rozas Pagaza Margarita (1998). Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social. Espacio: Argentina.
- (2010). La intervención profesional un campo problemático tensionado por las transformaciones sociales, económicas y políticas de la sociedad

- contemporánea. *O Social em Questão*, (24), pp. 43-54.
http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/osq24_pagaza_4.pdf
- Salas, Aileen (2017). *Mujeres migrantes y trabajo. Estudio de caso de la inserción laboral de venezolanas migrantes en calls centers de la ciudad Autónoma de Buenos Aires*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional de San Martín].
https://www.unsam.edu.ar/ciep/wp-content/uploads/2020/05/tesis-publicada_latma_Aileen-N.-Salas-C..pdf
- Sayad, Abdelmalek (2008). Estado, Nación e Inmigración. El orden Nacional ante el desafío de la inmigración. *Apuntes de Investigación*, (13), pp. 101-116.
<https://www.perio.unlp.edu.ar/catedras/hdelconocimiento/wp-content/uploads/sites/15/2/2020/08/10-Sayad-Estado-naci%C3%B3n-e-inmigraci%C3%B3n.pdf>
- Souza Santos, Boaventura de (octubre 2004-marzo 2005). Desigualdad, exclusión y globalización: hacia la construcción multicultural de la igualdad y la diferencia. En *Revista de interculturalidad*, 1 (1), pp. 9-44. Universidad de Chile.
<http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/Desigualdad%20exclusi%C3%B3n%20y%20globalizaci%C3%B3n.pdf>
- (2006). *Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social*. CLACSO: Buenos Aires.
- Spinelli, Hugo (2016). Volver a pensar en salud: programas y territorios. *Salud Colectiva*, 12 (2), pp. 149-171. <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/976/983>
- (2020). *La cuarentena en el laberinto*. Desde la peste bubónica del siglo XIV a la pandemia de Covid-19. Instituto de Salud Colectiva - Universidad Nacional de Lanús: Argentina. <https://www.elcohetealaluna.com/la-cuarentena-en-el-laberinto/>
- Suárez, Ana Lourdes (2005). *Erosión de las estrategias de supervivencia en contextos de creciente pobreza*. Vulnerabilidad y agotamiento del capital social en hogares de asentamientos precarios del Gran Buenos Aires. [Tesis doctoral, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires].
<http://repositorio.filo.uba.ar/handle/filodigital/1261>
- Suárez, Natalia y Cattaneo, Victoria (2017). *Ley nacional de salud sexual y procreación responsable n° 25673 y decreto reglamentario 1282/2003*. Ministerio de Salud de la Nación: Argentina. Disponible en <https://salud.gob.ar/dels/printpdf/105>
- Tajer, Débora (2018). Género, Salud Mental y Derechos Humanos. *Revista Topía de psicoanálisis, sociedad y cultura*.
<https://www.topia.com.ar/articulos/genero-salud-mental-y-derechos-humanos>

- Tarducci, Mónica y Zelarayán, Marcelo (2016). *Nuevas historias: géneros, convenciones e instituciones*. En Demarco, de Isla e Isnardi (eds.), *La igualdad y la diversidad de género desde los primeros años* (S/P). Ed. Las Juanas: Buenos Aires, <https://bit.ly/32ueVwK>
- Tassile, Carla (2020). *Ley Micaela: Programa de capacitación provincial en el marco de la ley n° 10628* (1ª ed.). Provincial de Córdoba: Argentina. <https://upc.edu.ar/wp-content/uploads/2020/10/Genero-UPC.pdf>
- Testa, Mario (1996). *Atención Primaria o atención primitiva*. Ed. Lugar: Argentina. <https://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-176.pdf>
- Varela, Paula (2 de septiembre del 2018). Apuntes para repensar la clase obrera: Con los ojos de las mujeres. *La Izquierda diario*. <https://www.laizquierdadiario.com/Con-los-ojos-de-las-mujeres>
- Varela, Nuria. (2005). *Feminismo para principiantes*. (1ª ed.). Ediciones B, S.A: España. <https://kolectivoporoto.cl/wp-content/uploads/2015/11/Varela-Nuria-Feminismo-Para-Principiantes.pdf>
- Viveros Vigoya, Mara (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate feminista*, 52, pp. 1-17. Universidad Nacional Autónoma de México. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0188947816300603>
- Walsh, Catherine (2008). Interculturalidad, Pluriculturalidad y Decolonialidad: Las insurgencias político-epistémicas de refundar el Estado. *Tabula Rasa* (9), pp. 131-152. <http://www.scielo.org.co/pdf/tara/n9/n9a09.pdf>

8.2. Fuentes primarias

- Comunicación personal 1: con Carlos Juárez Centeno, el 13 de junio del 2020.
- Comunicación personal 2: con referentas institucionales del centro de salud N°79, el 27 de julio del 2021.
- Comunicación personal 3: con Liliana Kremer, el 20 de agosto del 2021.
- Comunicación personal 4: con mujer del territorio que asistió a consejería grupal de LTB, el 28 de septiembre del 2021.
- Comunicación personal 5: con grupo de arquitectas encargadas del mapeo territorial, el 30 de noviembre del 2021.
- Comunicación personal 6: con Lia Tosini Belli, el 12 de octubre del 2021.
- Comunicación personal 7: con referenta institucional del centro de salud N°79, el 15 de junio del 2021.

Comunicación personal 8: con referenta comunitaria de barrio Virgen de Fátima, 7 de octubre del 2021.

Comunicación personal 9: con personal administrativo del centro de salud N°79, el 3 de septiembre del 2021.

Comunicación personal 10: con mujeres del territorio, estudiantes del CENPA, el 15 de octubre del 2019.

Comunicación personal 11: con mujeres del territorio que asistieron al primer taller, el 14 de octubre del 2021.

Comunicación personal 12: con referenta comunitaria de centro de capacitación - Barrios de Pie, el 28 de septiembre del 2021.

Comunicación personal 13: con referenta comunitaria de barrio Virgen de Fátima, el 27 de septiembre del 2021.

Comunicación personal 14: con mujer del territorio, estudiante del CENPA, el 17 de septiembre del 2019.

Comunicación personal 15: con mujer del territorio, estudiante del CENPA, el 10 de septiembre del 2019

Comunicación personal 16: con mujer del territorio que asistió a encuentro de consejerías grupales sobre LTB, el 10 de agosto del 2021.

Comunicación personal 17: con mujeres del territorio que asistieron al segundo taller, el 28 de octubre del 2021.

Comunicación personal 18: con mujer del territorio, estudiante del CENPA, el 31 de julio del 2019

Comunicación personal 19: con mujer del territorio que asistió a encuentro de consejerías grupales sobre LTB, el 12 de octubre del 2021

Cuaderno de Campo 1: perteneciente a Armano, Ramirez Rimac y Restelli. Registros realizados entre julio de 2021 y diciembre de 2021.

8.3. Otras fuentes

Bocco, Graciela, Morillo, Ana y Suárez Fernando (2008) Construyendo equipo con la gente. Unidad Primaria de Atención de la Salud UPAS N° 15 Cortaderos Sur. Córdoba Capital, Argentina.

Carta Orgánica Municipal, 6 de Noviembre de 1995. Disponible en: http://www.nuestracordoba.org.ar/sites/default/files/Carta_Organica_Ciudad_de_Cordoba.pdf

- Constitución de la Provincia de Córdoba, 29 de Abril de 1987. Recuperado de:
<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/cp-cordoba.pdf>
- Cobelo, Graciela (2021). Barrios precarizados. Córdoba, Nuestro Hogar III una mirada desde adentro. *La Izquierda Diario*.
<https://www.laizquierdadiario.com/Cordoba-Nuestro-Hogar-III-una-mirada-desde-adentro>
- Convención Americana Sobre Derechos Humanos, 22 de noviembre de 1969, (entrada en vigor: 18 de julio de 1978). Recuperado de:
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/28152/norma.htm>
- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), Recuperado de:
http://www.infoleg.gob.ar/?page_id=1003
- Derechos de las mujeres y cambio económico (2004). *Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica*, (9), pp. 1-8.
- Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (2018). Consejerías en salud sexual y salud reproductiva. Propuesta de Diseño, Organización e Implementación. Documento de trabajo. 3.a edición: junio, 2018. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Provincia de Córdoba.
- Federici, Silvia (2014, Mayo 24) Es un engaño que el trabajo asalariado sea la clave para liberar a las mujeres. Recuperado de:
https://www.eldiario.es/economia/engano-trabajo-asalariado-liberar-mujeres_1_5856057.html#:~:text=Es%20un%20enga%C3%B1o%20del%20que.en%20un%20terreno%20de%20crisis.
- Ley 9.073 de 18 de diciembre de 2002, Programa de maternidad y paternidad responsables. Publicada en Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba, 13 de enero de 2003.
- Ley 9.099 de 19 de Marzo de 2003, Individual, Solo Modificatoria o Sin Eficacia. Publicada en Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba, 28 de Marzo de 2003.
- Ley 11.179/1921, Artículo N° 86, Código Penal de la Nación, de 29 de octubre de 1921. Publicada en Boletín Oficial, 03 de Noviembre de 1921, núm. 8300, pág. 826.
- Ley 25.673/2002 de 30 de octubre de 2002, de Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Publicada en Boletín Oficial, 22 de noviembre de 2002, núm. 30032, pág. 1.
- Ley 25.871/2004 de 17 de diciembre de 2003, de Migraciones. Publicada en Boletín Oficial, 21 de enero de 2004, núm 30322, p. 2.

- Ley 26.130/2006 de 9 de agosto de 2006, Régimen para la Intervención de Contracepción Quirúrgica. Publicada en Boletín Oficial, 29 de agosto de 2006, núm. 30978, pág. 1.
- Ley 26.529/2009 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Publicada en Boletín Oficial, 20 noviembre de 2009, núm. 31785, pág. 1.
- Ley 27.610/2020 de 30 de diciembre de 2020, de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Publicada en Boletín Oficial, 15 de enero de 2021, núm. 34562, pág. 3.
- Municipalidad de Córdoba (s/f) Secretaría de Salud.
<https://cordoba.gob.ar/areas-de-gobierno/secretaria-salud/descripcion-secretaria-de-salud/>
- Oizerovich, Susana y Perotta, Gabriela (s.f) Salud sexual y reproductiva. Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (DELS). Disponible en: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/salud-sexual-y-salud-reproductiva>
- Ordenanza Municipal N° 12.913. Que ratifica el Convenio para el Desarrollo del Programa de Equipos Comunitarios - Cobertura Universal de Salud (2021).
https://static01.cordoba.gob.ar/boe/publicaciones/ORD_00001952_30-05-2019_anexo_01.pdf
- Organización Mundial de la Salud (03/03/2020) La escasez de equipos de protección personal pone en peligro al personal sanitario en todo el mundo. Comunicado de prensa. En <https://www.who.int/es/news/item/03-03-2020-shortage-of-personal-protective-equipment-endangering-health-workers-worldwide>
- Resolución 65/2015 de 9 de diciembre de 2015, de Secretaria de Salud Comunitaria. Ministerio de Salud. Publicado en Boletín Oficial, 8 de enero de 2016.

