

Artículos seleccionados

Desterritorialización de cuerpos en territorio. Violencia machista desde atención primaria de salud.

Paula Leyva^a

Fecha de recepción:	23 de marzo de 2023
Fecha de aceptación:	29 de abril de 2023
Correspondencia a:	Paula Leyva
Correo electrónico:	paulaleyva88@gmail.com

a. Lic. en Trabajo Social. Residente de Trabajo Social. Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni. Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.

Resumen:

El objetivo del siguiente escrito es reflexionar sobre el abordaje de la violencia machista desde la estrategia del primer nivel de atención de salud. La violencia machista como problema social en aumento es transversal al sistema de salud. De allí la importancia de realizar intervenciones que la aborden. En este trabajo se analizan los dispositivos de: demanda espontánea, IVE, CePAD, talleres en sala de espera, grupos de tardes activas y acciones del equipo territorial; a través de la ley de violencia de género, otras normas pertinentes y marcos teóricos feministas. Algunos conceptos que aparecen en el texto son: el "biopoder", la "territorialización de los cuerpos", la revolución feminista a través de convertir "lo personal en político" y la "división sexual del trabajo", como parte de un sistema capitalista y patriarcal que aún sigue vigente. A partir de dicho análisis se plasma cómo se problematiza y se intenta "desterritorializar" la violencia machista en territorio desde la salud pública, particularmente desde el primer nivel de atención, de forma interdisciplinaria, pero sin perder de vista la especificidad del trabajo social con la finalidad de acompañar y empoderar a las personas para que puedan ejercer el pleno goce de sus derechos.

Palabras clave: Violencia Machista - Territorio - APS.

Summary

The objective of the following writing is to reflect on the approach to sexist violence from the strategy of the first level of health care. Sexist violence as a growing social problem is transversal to the health system. Hence the importance of carrying out interventions that address it. In this work the devices of: spontaneous demand, IVE, CePAD, workshops in the waiting room, groups of active afternoons and actions of the territorial team are analyzed; through the law on gender violence, other relevant norms and feminist theoretical frameworks. Some concepts that appear in the text are: "biopower", the "territorialization of bodies", the feminist revolution through turning "the personal into the political" and the "sexual division of labor", as part of a capitalist system. and patriarchal that is still in force. Based on this analysis, it is reflected how sexist violence is problematized and attempted to "deterritorialize" in the territory from public health, particularly from the first level of care, in an interdisciplinary way, but without losing sight of the specificity of social work with the purpose of accompanying and empowering people so that they can exercise the full enjoyment of their rights.

Key words: Sexist Violence; Territory; Primary Health Care.

Introducción

Este trabajo se enmarca dentro de la residencia de Trabajo Social, realizadas en el primer nivel de atención de salud en Ciudad Autónoma de Buenos Aires desde el mes de octubre 2021 hasta septiembre de 2022. La inserción a la institución y trabajo en este efector de salud estuvo organizado en diversos programas y dispositivos. El objetivo del trabajo es reflexionar sobre el abordaje de la violencia machista desde la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS). Para ello, se hace una breve caracterización de la institución y se brinda la fundamentación que sustenta el trabajo a través de la ley de protección contra la violencia de género y las implicancias del primer nivel de atención de salud en la problemática. En los siguientes apartados se analizan, desde conceptos feministas y normativas pertinentes, prácticas atravesadas por la violencia machista. En primer lugar en demanda espontánea. En segundo lugar se cita el modo de trabajo en los programas de: Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y Centros de Prevención, Asesora-

miento y Diagnóstico (CePAD). Luego se examinan las intervenciones en un taller de sala de espera y el taller de crianza. Para culminar con relatos de intervenciones en actividades grupales: en el grupo del dispositivo de tardes activas y en territorio a través del trabajo con organizaciones barriales.

Al finalizar, se nombran algunas consideraciones obtenidas de los análisis previos de cada experiencia, que invitan a seguir trabajando acerca de las estrategias posibles para erradicar la violencia machista en territorio.

Característica de la institución

El Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) perteneciente a la zona sur de la CABA atiende una población proveniente de zonas aledañas y de la provincia de Buenos Aires. Tiene un área de responsabilidad sanitaria de aproximadamente 22.327 personas (Estimaciones poblacionales según Área Programática y efector de

APS, 2021). Entre los motivos de consulta más frecuentes por los cuáles les usuaries fueron atendidas en el centro de salud, hasta Junio del año 2020, no aparece el motivo de consulta por “violencia de género”. Lo cual puede significar que no es una demanda frecuente por parte de la población usuaria. También, se podría pensar que su ausencia se debe a la falta de conocimiento o capacitación de les profesionales acerca de la temática. Que es una cuestión de subregistro o que no existe una única categorización para registrar la violencia basada en género, lo que dificulta su estadística y visibilidad.

Fundamentación y marco normativo

En el CeSAC, puntualmente desde el servicio social, se acompaña y trabaja con la violencia ejercida hacia la mujer basada en género, como la Ley de protección integral a las mujeres, n° 26.845 (2009) lo enmarca. Esta ley describe a la violencia como “toda conducta, acción u omisión que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad” (Ley de protección integral a las mujeres, 2009, Artículo 4).

El artículo 5 de la Ley 26485 (2009) describe distintos tipos de violencia, entre ellos nombra la violencia física que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño y cualquier otra forma de maltrato agresión que afecte su integridad física. También existe la violencia psicológica que causa daño emocional y disminución de la autoestima. La violencia económica o patrimonial, por su parte, está dirigida a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer. Y la limitación o control de sus ingresos, así como la percepción de un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo.

Otro tipo de violencia que se da es la sexual cuando no se toma en cuenta el consentimiento del otre y se utiliza la coerción en prácticas sexuales. Por último, existe la violencia simbólica que se da a través de patrones estereotipados o signos que transmiten y reproducen dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad.

En cuanto a las modalidades de violencia basada en género, podemos hallar la violencia institucional, referida a aquellas “acciones realizadas por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley” (Ley 26485, 2009, artículo 6). Además se encuentran las modalidades de la violencia obstétrica y la mediática. La violencia obstétrica es aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, de conformidad con la Ley 25.929 (2004). La violencia mediática es la que se da en los medios masivos de comunicación con mensajes que cosifican el rol de las mujeres.

En este trabajo se hablará de violencia machista para incluir a “todas aquellas acciones que contribuyen al menoscabo sistemático de la dignidad, estima y la integridad física y mental de las mujeres, niñas y personas con una identidad de género y/o sexualidad distinta a la normativa”¹. La violencia machista en nuestro país se encuentra en aumento, desde el Observatorio de las violencias de género (2022) “Ahora que si nos ven”, registraron que en Argentina entre el 3 de junio de 2015 y el 25 de mayo de 2022, ha sucedido 1 femicidio cada 31 horas².

Por su relevancia, resulta necesario que los efectores de salud aborden y den respuesta a esta temática. Particularmente desde la APS se tenga en cuenta la violencia machista en la medida que representa una gran problemática para la población en general y en particular, deja secuelas en quienes la sufren. Sobre todo teniendo en cuenta lo que describe la Conferencia Internacional de ALMA-ATA (1978) en cuanto a que la APS se dirige a los principales problemas de salud de la comunidad, y, de acuerdo con esto, provee servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Según Débora Tajer (2012) esto implica incorporar, desde una perspectiva de ciudadanía y de derechos, el modo en que las asimetrías de género junto a otras diferencias que también son fuente de inequidad en nuestras sociedades (edad, etnia y clase social), determinan diferencialmente el proceso salud-enfermedad-atención.

1. Extracto sacado de: <https://diccionario.cear-euskadi.org/violencia-machista/>

2. Informe obtenido del Observatorio de las violencias de género: <https://ahoraquesinosven.com.ar/reports/7-ni-una-menos>

ción-cuidado y establecen perfiles de morbilidad específicos y modelos de gestión de la enfermedad diferencial.

Asimismo, la Ley Micaela, n°27499 (2019), exige la capacitación obligatoria en género y violencia de género para todas las personas que se desempeñan en la función pública, en los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial de la Nación, lo que incluye a los equipos de salud pública.

Por otro lado, desde lo conceptual, es preciso incluir las corrientes feministas que desde hace años intentan contrarrestar la violencia machista. A partir de estas teorías se intentará describir el rol social que esta violencia impone a mujeres y disidencias, así como a sus cuerpos. "Cuerpos" que para Rita Segato (2018) son los territorios en disputa. La autora sigue el paradigma del biopoder desarrollado por Foucault, el poder ejercido a través de la biopolítica, con un tipo de gobierno sobre las personas como seres biológicos por medio de la gestión de sus cuerpos. Describe una modificación en las formas de gobierno ya que en la época feudal y la modernidad el dominio se basaba en el territorio y a partir del siglo XVIII el dominio fue sobre la población, específicamente sobre el control de sus cuerpos. Esa mutación significó un cambio muy profundo entre cuerpo de mujer y territorio, resultó en una transformación profunda en las concepciones de género y sexualidad (Segato, 2018, 71).

Desde el análisis de la experiencia en el CeSAC, resulta necesario poder nombrar aquellas intervenciones que problematizan, reflexionan y acompañan procesos de usuarias en lo que respecta a su salud sexual, a su integridad y a sus derechos, en particular derechos sexuales, derecho a la identidad y derechos como pacientes. Y conocer el encuadre y particularidad de la labor en la APS dentro del campo de la salud en materia de la violencia machista, la cual desde los efectores de salud se genera, favorece, problematiza o erradica.

Programas de asistencia directa

Demanda espontánea

En la demanda espontánea del servicio social en el CeSAC las usuarias asisten sin turno y demandan lo que precisen. En general, existen tres vías para intervenir con las personas que sufren violencia machista: a través

de la demanda explícita de quien la sufre, a partir de la derivación de otro servicio del centro de salud o como emergente que surge durante la entrevista.

Un ejemplo de intervención sobre la problemática se produjo por derivación del servicio de ginecología. Cuando la médica le informó a una mujer que tenía una infección de transmisión sexual (ITS), la señora se angustió a tal punto que le profesional interviniente consideró no poder continuar con su atención. En la entrevista con los trabajadores sociales se registraron duelos que la mujer había tenido en su vida, los cuáles asociaba con su proceso de salud. Pero, por sobre todo, se visibilizó la violencia machista ejercida por la actual pareja de la mujer, desde hace 20 años. En particular violencia física, psicológica y sexual, legitimada por una especie de mandato social en la cual "siempre que él quería, había que cumplirle" (sic) sexualmente. Se la contuvo y validó su angustia.

En esta oportunidad como en tantas otras, lo que resultó aliviador para la mujer es tomar conocimiento de que lo sucedido es parte de la violencia machista, que existe una ley y que es un problema social que afecta a muchas personas. Así, al problematizar socialmente, algo de la vergüenza que expresó sentir al contar su padecer, se vio disminuida, ya que se amplió a lo que significa vivir en una sociedad en donde impera el sistema patriarcal. Sucede socialmente y como dice Rita Segato (2018) a pesar de las victorias en el Estado y de la multiplicación de leyes y políticas públicas de protección para las mujeres, su vulnerabilidad frente a la violencia ha aumentado, especialmente la ocupación depredadora sobre los cuerpos femeninos o feminizados.

Luego de abordar la situación de la mujer se brindaron pautas de alarmas y posibles estrategias ante riesgo. Lo cierto es que no siempre la persona está dispuesta o puede, en el momento, realizar algo que irrumpa con su sufrimiento. A veces, las usuarias refieren que ya intentaron algo que no funcionó o se lo compartieron a personas que las motivaron a soportar ese maltrato. Aquí es donde desde el trabajo social se respeta el proceso y la subjetividad de cada persona. Por supuesto se deja en claro "que no está sola", que se la va acompañar en el proceso y que tiene derechos y derecho a transitar una vida sin violencias. Ya que, como lo nombran las autoras del libro "Un abordaje posible de la violencia basada en género en la pareja desde un centro de salud de la C.A.B.A.": "Debe considerarse que si los servicios de salud no abordan esta problemática, están cometiendo

un acto de negligencia que puede causar daño a las mujeres” (Adarve, Forastieri, Noce, Svirsky, 2016, pág. 32).

Programas de asistencia directa

CePAD e IVE

En los Programas de CePAD e IVE se trabaja de forma interdisciplinaria. Y, como parte de la intervención, se realiza la consejería de salud sexual reproductiva y no reproductiva.

En cuanto al Programa de CePAD de testeo rápido del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y sífilis, se brinda información clara y accesible sobre las ITS y se tienen en cuenta las disidencias como modo de abordar integralmente las diversas prácticas sexuales desde la prevención y promoción de la salud. Desde coordinación de salud sexual de CABA, se pide completar una ficha en relación a la percepción de género de la persona y con quienes mantiene relaciones sexuales o si cursa un embarazo. Lo interesante de este cuestionario es que rompe con el modelo heteronormativo al no dar por sentado cuál es el género de la persona y con quienes mantiene relaciones sexuales, es parte de incluir a otras las diversidades e ir en contra de la visión machista. Se trata de cumplir con la Ley 26.743 (2012) de Identidad de género la cual establece obligaciones propias del ámbito de la salud de servicios públicos, privados y de obras sociales que tienen la obligación y la responsabilidad legal de garantizar el acceso al derecho a la salud de todas las personas; y que en su artículo 12 habla del trato digno: respeto del nombre y del género autopercebido.

Algo común en el espacio de testeo es el poco o nulo uso de preservativo con quien se tenga relaciones sexuales, la mayoría de las veces que las mujeres expresan razones del no uso, están referidas a su pareja sexual hombre, que “no le gusta”(sic) utilizarlo. Lo cual visibiliza la violencia sexual ejercida hacia las mujeres y disidencias, en la medida que no les permite elegir voluntariamente sobre su vida sexual o reproductiva y su salud integral, de modo que, su uso, es la única forma de prevención de ITS.

En el programa de IVE también aparece la violencia sexual asociada a la poca o nula elección del uso del preservativo, y más aún a la posibilidad (o imposibilidad) de elegir un método anticonceptivo (MAC) o el deseo o no de maternar por parte de su pareja sexual. Se

da cuenta de que las personas gestantes sufren violencia machista cuando comentan que se acercaron a este programa a escondidas, refieren que tienen poca disponibilidad de tiempo para realizar el tratamiento, eligen hacerlo cuando todos duermen para que nadie lo sepa y no se obstaculice. Este es el punto principal del espacio de IVE, que tomen conocimiento que existe una ley que les permite decidir con sólo informar su decisión y que en general pueden decidir sobre su cuerpo y también sobre sus vínculos y la forma en que se desarrollan.

Los obstáculos nombrados no solo provienen de sus parejas, de familiares o amigos, también se presentan en las instituciones. A pesar de que a implementación de la Ley 27.610 (2020) ya superó más de 2 años, la cual implica que se garantice el derecho a acceder a la IVE ofreciendo una atención integral, hasta el día de hoy, personas gestantes han sufrido maltrato en efectores públicos o privados de salud. Lo cual se enmarca como violencia institucional.

Oportunidades en sala de espera

Talleres en sala de espera

Durante la rotación se ha planificado y llevado a cabo intervenciones en sala de espera junto a la residencia de medicina general, con diversas temáticas. La característica de la “sala de espera” como dispositivo de intervención, según la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud -RIEPS- (2013) es una oportunidad para “educar en salud” cuando los usuarios no se encuentran realizando otra actividad.

En cada “taller en sala de espera” se brindó información acerca de los derechos que corresponden a las temáticas y a la vez se produjo un intercambio con usuarios del centro de salud que se animaron a comentar cómo se habían vulnerado sus derechos del paciente.

Aquí también es fundamental que cada taller sea pensado desde una perspectiva de género. Un ejemplo de ello fue el taller basado en la Ley 26873 (2013) sobre Lactancia Materna, Promoción y Concientización Pública. En el cual, si bien se brindaron las características y beneficios de lo que llamaremos de ahora en adelante “lactancia humana” para considerar a aquellas disidencias que deciden dar de amamantar. También se consideró, que ante todo, esta acción sea una decisión de la persona que amamanta con acompañamiento de su familia y con la

información adecuada que se puede brindar desde los efectores de salud. Según Beatriz Gimeno (2018) no siempre la lactancia humana tuvo el valor que se le brinda en la actualidad, esta concepción comenzó a finales de los años 1700. Lo que llevó a la deducción de que, más allá de tener características positivas para el bebé y quien le da de amamantar, de igual forma esta fue una construcción social, cultural y política.

Esta autora, que también adscribe a la definición que Foucault hace del biopoder sobre la regulación simultánea del cuerpo y de la población, suma que hoy no ha mermado la presión hacia las personas con lactancia humana para que den de mamar, lo que reduce la autonomía sobre sus cuerpos. Eso también quiere decir que muchas mujeres o personas con capacidad de gestar que no pueden dar de mamar, por la razón que sea, se sentirán culpables y vivirán su paternidad con incomodidad o dolor. Y si reforzamos tal postura estaríamos ejerciendo un tipo de violencia simbólica en la medida que se estereotipa a las personas gestantes que amamantan como "buenas" y se discrimina como "malas" a las que no pueden o no lo eligen sea por el motivo que fuera.

Oportunidades en sala de espera

Crianza

Desde el equipo de Crianza del CeSAC conformado por una Lic. en trabajo social y una Lic. en psicología, se sostiene un consultorio para acompañar a familias en el proceso de criar a una bebé o niños hasta los dos años de edad. Se trata de un espacio de prevención y promoción de la salud que busca ofrecer información a las familias acerca de las diferentes etapas del desarrollo de sus hijos y abordar la detección precoz de problemáticas de la salud integral de los niños y generar intervenciones tempranas y oportunas³.

A parte del consultorio, en el marco del control del Programa de Niño Sano se lleva a cabo un taller en la sala de espera con aquellas familias que tienen una bebé o un niño. Su principal objetivo es favorecer el intercambio y brindar información adecuada. Se invita a compartir experiencias de crianza o presentar inquietudes y luego el equipo propone algunos temas: la elección del nombre de la niña, el sueño, la alimentación, etc. Se

establecen similitudes y diferencias entre los niños según la etapa vital y sobre todo se aborda el cansancio de la persona gestante y los sentimientos que conlleva.

Se hace hincapié en la necesidad de criar en compañía y el equipo de crianza como parte de una red de apoyo. En este último ítem algo que observamos siempre es a la mujer en su rol de cuidadora principal, o con tareas compartidas con abuelas o tías. Cuando le preguntamos sobre los padres de los niños, la mayoría refiere que trabajan largas jornadas, en otros casos se ha perdido vinculación. En dos oportunidades, participaron varones en el taller, la experiencia fue muy rica y motivó a descentrar las tareas de cuidado que siempre asociamos a lo materno. Así como invitó a repensar qué lugar se le brinda a esas paternidades en el CeSAC. Esto también es parte de llevar a cabo una crianza con perspectiva de género.

Luego, en estos talleres se consulta por el embarazo y parto: sus características, bajo qué condiciones se dio, en qué efector de salud, si estaban acompañadas o no. Consideramos que en sí el relato de esta experiencia de tanta trascendencia es terapéutico porque les permite reconstruir su vivencia que quedó supeditada al nacimiento de ese bebé/a pero que queda en la historia subjetiva de cada una. En estos relatos hemos hallado violencia obstétrica. Personas gestantes que refirieron haber quedado desnudas con frío durante horas, haber recibido comentarios humillantes o haber sufrido un dolor excesivo sin analgésico. Por esta razón también se intenta pesquisar desde las herramientas psicológicas, algunos síntomas de Tristeza Postparto, Depresión Postparto, Psicosis Puerperal y el Síndrome de estrés posttraumático (Wenzel, Haugen, Jackson y Brendie, 2005). Ya que varios de estos síndromes pueden ser asociados a las vivencias de la violencia obstétrica recibida. En general es una modalidad de violencia pocas mujeres conocen y permanece naturalizada.

Por último se conversa sobre la importancia de que los adultos referentes de cuidado de esos niños tengan su propio control de salud, acceso a MAC y cuidado personal. Y se apela al humor para promover una reflexión crítica acerca de algunos estereotipos que muestran los medios masivos de comunicación sobre lo que significa ser "buena madre", los cuales representan aportes para la modalidad de violencia mediática.

3. Extracto de Clase nº9 - Intervenciones tempranas. Curso Acompañando las Crianzas en APS CeSAC N°5.

Dispositivos grupales

Tardes Activas

Entre las actividades que brinda el CeSAC se encuentra “Tardes Activas” un dispositivo interdisciplinario con participación comunitaria que tiene por objetivo acompañar personas mayores de 18 años de una manera integral de forma reflexiva y recreativa. Un espacio donde compartir hábitos saludables y formas de autocuidado en la grupalidad.

El grupo se encuentra conformado por 10 integrantes aproximadamente aunque varían en su asistencia. Entre las edades de los integrantes existe variedad: desde los 25 hasta los 73 años. Vale aclarar que sus integrantes son todas mujeres y un varón. En cuanto a sus quehaceres cotidianos: las integrantes mujeres del grupo se encuentran en edad jubilatoria, realizando changas semanalmente, o siendo empleadas domésticas en condiciones irregulares. Por otro lado, la mayoría de las mujeres comentan que son cuidadoras principales de nietos o encargadas de los quehaceres de su casa de forma prioritaria. Lo que para Federici (2015) corresponde a la distribución sexual del trabajo producto de la acumulación originaria, en la cual se despojaron tierras comunales y comenzó un proceso de desvalorización del trabajo artesanal de las mujeres. Sumado a ello, se profundizó el control sobre sus cuerpos obligándoles al rol de cuidadoras, como tarea subsidiaria y sin remuneración.

Durante “Tardes Activas” se realiza una caminata para seguir con una dinámica de taller corporal o un taller grupal de manualidades, cognitivo o reflexivo. Lo que aflora de estos talleres es compartir su cotidiano o sus historias de vida. Aquí también la violencia machista se hace presente, pero lo interesante resulta del intercambio grupal, que también es intergeneracional. Planteos en cuanto a la maternidad o no maternidad, la cantidad de tiempo dedicado a las tareas domésticas o de cuidado lo que no les permite por ejemplo tener tiempo destinado a ellas. O surgen relatos donde alguna de ella comenta que sufrió violencia de género en la pareja sistemáticamente hasta que su agresor falleció.

A partir de lo que comparten en las actividades de Tardes Activas se va conociendo la realidad del grupo, lo que viven en sus hogares y sus historias de vida. Desde allí es que el equipo del dispositivo puede desnaturalizar, problematizar y acompañar a cada integrante.

Aquí vale la pena mencionar lo que promulgaban las mujeres feministas de la tercera ola, llamadas “radicales” que tenían como slogan “lo personal es político” y revolucionaron la forma de problematizar las desigualdades de género ya que consideraron que su teoría debía ir más allá de la esfera pública para llegar a “los dormitorios”, a la vida íntima de cada una de las mujeres que sufrían día a día la violencia de género respecto a los varones que gozaban beneficios económicos, sexuales y psicológicos del sistema patriarcal. Con el eslogan de «lo personal es político», las radicales revolucionaron la teoría política al analizar las relaciones de poder que estructuran la familia y la sexualidad (Varela, 2014)

Dispositivos grupales

Equipo territorial

Este dispositivo del CeSAC busca desarrollar actividades territoriales desde una perspectiva de salud integral con el fin de favorecer la intersectorialidad, comunicación, accesibilidad y el fortalecimiento de redes comunitarias. La principal actividad es la red de distribución de preservativos, Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE) y test de embarazos de la cual hasta el 2022 participaban 36 bocas de distribución barriales que son comedores, organizaciones vecinales, parroquiales o políticas. A raíz de la circulación y distribución en el territorio de los recursos disponibles se estrechan vínculos con las organizaciones barriales dando pie a la demanda de talleres de salud integral y capacitaciones a promotoras de salud y referentes barriales.

En particular, durante el año 2021, el equipo territorial ha trabajado con 2 organizaciones de mujeres que han solicitado talleres de capacitación y acompañamiento. Se ha trabajado con Educación Sexual Integral (ESI), derechos sexuales, violencia basada en género, ITS, MAC, ciclo sexual y aparato genital, menopausia, diversidad, deseo, etc.

Lo que se ha observado es mucho interés por conocer y trabajar la sexualidad, la salud sexual y a partir de allí derribar los mitos que ellas tenían por desconocimiento porque representaba un tabú en su cultura o familia. Lo llamativo y enriquecedor de estos encuentros fue en parte, intercambiar creencias, por ejemplo que luego de un parto o cesárea la mujer debe permanecer un mes sin bañarse, comiendo determinada comida y demás. También, se trabajaron mitos que traían de su recuerdo

como niñas, adolescentes. Una de ellas contó que con sus amigas imaginaban que las iban a "esquilar como las ovejas en el momento en el que les crecía vello púbico" (sic). Otra comentó que cuando menstruaban no la dejaban salir de su casa para que ningún hombre la viera y la embarazara con la mirada (sic)⁴.

Estos encuentros permitieron conocer cuál era el conocimiento y a la vez trabajar en pos de sus derechos a recibir información adecuada, necesaria y clara (Ley 26529, 2009), así como reforzar su derecho a elegir como llevar a cabo su sexualidad y cuidados, desde el placer. Una de ellas refirió como no deseaba tener relaciones sexuales con su marido pero en su discurso parecía desconocer que podía elegir no mantenerlas⁵.

Lo hasta aquí desarrollado, reafirma la teoría de Rita Segato (2018) de que el cuerpo de las mujeres (y los cuerpos feminizados) continúa siendo un "territorio" apropiado, dominado. Fuente de placer para otros y negado para sí mismas.

Millett Kate (1995) autora que afirma que el sexo es una categoría social impregnada de política, añade que un examen de nuestras costumbres sexuales pone de manifiesto que constituyen y han constituido, en la historia, un claro ejemplo de relación de dominio y subordinación. [...]Aun resulte casi imperceptible, el dominio sexual es tal vez la ideología más profundamente arraigada en nuestra cultura, por cristalizar en ella el concepto más elemental de poder (Millett, 1995, 176).

En este proceso de acompañamiento a referentes barriales se confirma que desde el Equipo territorial del CeSAC se puede favorecer la labor de referentes barriales y de género con formación y formando red con ellas. A la vez, estos encuentros permiten conocer la subjetividad de las poblaciones, sus conocimientos, creencias; también sus recursos y organizaciones, su forma de autoorganizarse contra la violencia machista.

Consideraciones finales

En los apartados anteriores se muestra como en todas las intervenciones la violencia machista está presente y es transversal a los procesos de salud. Es una proble-

mática social preocupante y para atender desde la salud pública en la medida que deja huella en los cuerpos de quienes la sufren.

No obstante el motivo de consulta por "violencia de género" en el CeSAC no se encuentra entre las principales categorías de consultas. De allí deriva la importancia, primero, de la capacitación del equipo de salud en la temática y en segundo lugar, del registro de esas intervenciones para visibilizar la problemática en las estadísticas que sean insumos para contrarrestar la violencia machista desde otras políticas públicas.

Años de la teoría del biopoder y a pesar de las normativas vigentes hay mujeres y disidencias que no conocen, no eligen o no pueden decidir libremente sobre cuestiones referidas a sus cuerpos y sus vidas a través de la violencia machista. La violencia aparece así como condición para que se reproduzca el sistema en el que vivimos: capitalista y patriarcal.

Asumir la perspectiva de género es fundamental para el trabajo en salud. Así como, es preciso seguir yendo al territorio a captar esas demandas de donde se puede hallar relatos de violencia machista. Demandas que aparecen explícitas o implícitas y que merecen ser identificadas para desnaturalizar la violencia.

Desde el trabajo social en el sistema de salud se puede observar que lo que hay de fondo en estas vivencias de violencia machista es la vulneración de derechos de las personas, como el derecho a la identidad, a la salud sexual y salud integral. Entonces es necesario intervenir problematizando las múltiples violencias que viven las mujeres y disidencias en su intimidad, dentro y fuera del efector de salud, en pos de mejorar su salud integral.

Por otro lado, la territorialización y grupalidad son las que permiten ingresar en el cotidiano de esas mujeres y cuerpos feminizados, hacer "público lo personal". Conocer un poco más la realidad de los vecinos y acompañar procesos desde su lugar y a largo plazo, respetando los tiempos de las personas y las estrategias que ya existen en el territorio.

La clave será observar dónde no llegan las campañas de sensibilización en la temática o los medios ma-

4. Extracto de Registro de Equipo territorial (2021). Registro de talleres.

5. Ídem.

sivos de comunicación no informan y por el contrario, producen violencia mediática, allí es donde pueden llegar los dispositivos territoriales. Y en ello, la atención primaria de salud constituye una estrategia de abordaje fundamental. El CeSAC es

actor estratégico en la medida que conoce y puede desnaturalizar la violencia machista que tanto afecta a mujeres y disidencias. Hasta que los cuerpos vuelvan a ser parte de su ser y no un territorio de dominación y disputa.

Bibliografía

- Alma-Ata, U. R. S. S. (1978). Conferencia internacional sobre atención primaria de salud.
- Alma-Ata. URSS. Del 6 al 12 de Septiembre.
- Adarve, P., Forastieri, N., Noce, C., & Svirsky, L. (2016). Un abordaje posible de la violencia basada en género en la pareja desde un centro de salud de la CABA. Tecnooffset.
- Delpech, J., Oszust, L., Morra, A. (2022). Ahora que si nos ven. Observatorio de la violencia de género. <https://ahoraquesinosven.com.ar/reports/7-ni-una-menos>
- Federici, S. (2015). Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Tinta limón.
- Gimeno, B. (2018). La lactancia materna. Política e identidad. Feminismos. Edición Cátedra.
- Leticia Andina; Karina Doval (2008) . Atención Primaria de la Salud ¿Meta o Mito?
- Ley 26.529 (2009) Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Sancionada: Octubre 21 de 2009.
- Ley 26.743. (2012). Identidad de género. Establécese el derecho a la identidad de género de las personas. Sancionada: Mayo 9 de 2012.
- Ley 26485 (2009). Ley de protección integral a las mujeres. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Sancionada: Marzo 11 de 2009.
- Ley 27610 (2020). Acceso a la Interrupción voluntaria del embarazo. Sancionada: Diciembre 30 de 2020.
- Ley 27499 (2019). Ley Micaela. Capacitación obligatoria en género para todas las personas que integran los tres poderes del estado.
- Ley N° 25.929 (2004). Parto humanizado. Sancionada: Agosto 25 de 2004.
- Millett, K. (1995). Política sexual , trad. Ana María Bravo, Cátedra, col. Feminismos, Madrid.
- Ministerio de Salud de GCABA (2021). Estimaciones poblacionales según Área Programática y efector de APS. https://datastudio.google.com/reporting/b4ade87b-49c8-4d3f-8eff-16a66ba781f5/page/p_atcn000anc
- Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (2013). Guía de dispositivos de intervención en Educación para la Salud. Ministerio de Salud Gob. de CABA.
- Segato, R. L. (2008). La escritura en el cuerpo de las mujeres asesinadas en Ciudad Juárez: territorio, soberanía y crímenes de segundo estado. Debate feminista, 37, 78-102.
- Segato, R. L. (2018). La guerra contra las mujeres. Prometeo Libros.
- Tajer, D. (2012). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. Políticas Públicas, Mujer y Salud, 27-39.
- Varela, N. (2014). Feminismo para principiantes. Editor digital Tivillus.
- Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C., & Brendle, J.R. (2005). Anxiety disorders at eight weeks postpartum. Journal of Anxiety Disorders, 19, 295–311.