



Facultad
Latinoamericana de
Ciencias Sociales.
Sede Argentina.
**Área Género,
Sociedad y
Políticas.**

**“ENTRE SINSABORES, SILENCIOS Y COMPLICIDADES”:
UNA ETNOGRAFÍA SOBRE LAS EXPERIENCIAS DE SALUD DE MUJERES Y
VARONES EN SITUACIÓN DE CALLE EN UN BARRIO DE ZONA
CENTRO-NORTE DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES,
ARGENTINA**

Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP)

Maestría en Género, Sociedad y Políticas

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)

Autora: MARÍA JESÚS DÍAZ COLODRERO

Directora: CANDELA ROCÍO HEREDIA

ARGENTINA

2025

AGRADECIMIENTOS

A “esas pibas y pibes”, mujeres y varones que cada jueves, hace más de tres años, nos permiten entrar en un hueco de sus vidas y mostrarnos a través de sus experiencias que como sociedad necesitamos cuestionarnos qué mundo estamos habitando.

A quienes forman y formaron parte del equipo: Jaz, Pablo, Sole, Luchy, Ceci y a las distintas residencias que han pasado por “ese espacio de atención”. El mismo y esta tesis no hubiesen sido posibles sin sortear esa sensación de que “nos enviaron a luchar contra la pobreza con un cuchillo y tenedor en la mano”. Fue necesario poder sincerarnos, simbólicamente abrazarnos y sostenernos, para decidir construir nuestra propia experiencia, “desde abajo”, en los márgenes del territorio. A partir de allí, conjuntamente con “esas pibas y esos pibes”, nos permitimos mirar diferente, construir nuestro propio capital de saberes, tanto profesionales como personales. Hoy, no somos lxs mismxs que hace tres años atrás.

A mis raíces familiares ampliadas que han cultivado en mí la enseñanza más vital de todas: que la educación es necesaria para cuestionar todo aquello que creemos saber. Y que hoy, de algún modo intento transmitirles a mis sobris.

A mis amigas que incesablemente me han preguntado ¿cómo venís con la tesis? Las quiero hermanas, gracias por acompañarme en mis mambos académicos.

A Cande, aquella chica de Bariloche, que con sus anteojos y un cuaderno en los brazos conocí hace más de 15 años en los pasillos de la Facultad de Ciencias Sociales. Desde allí hemos consolidado una amistad y nos hemos nutrido de saberes que muchas veces nos llevaron a preguntarnos los por qué hemos decidido estudiar Trabajo Social. Aún no hay respuesta, apostamos al vínculo que nos permitió construir. Gracias por estar y acompañarme durante esta tesis.

A la persona más trascendental de mi vida, a mi compañero que hace muchísimos años, me banca, soporta, sostiene, acompaña, cuida y me quiere. A Santi.

Resumen de tesis

Esta tesis analiza los efectos que produce el género, los determinantes sociales y la racialización en la salud integral de mujeres y varones que están en situación de calle y asisten a la parroquia Santa Igualdad ubicada en el barrio de Chacarita, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el período 2021-2023. Desde el método etnográfico, realicé notas de campo basadas en la observación participante como también entrevistas abiertas a dichas mujeres y varones que se han acercado a ese espacio.

La situación de calle visibiliza una etapa de un capitalismo feroz y las recurrencias del sistema patriarcal para cobrar las vidas de quienes experimentan las mayores marginalidades impensadas e invisibilizadas; pero sobre todo, pone de manifiesto que las desigualdades estructurales, en acompañamiento con retóricas neoliberales, han calado profundamente en el paisaje de las mentes y en el paisaje de una sociedad que, de manera cómplice, las ha naturalizado socialmente.

En la cotidianidad, éstas mujeres y varones enfrentan diversos desafíos para sobrevivir 24hs más. Esto implica un desgaste de la salud mental inimaginable y una degradación abismal que puede llevar hasta la muerte. Sin embargo, sus modos de vivir y de morir, revelan que las relaciones sociales de los géneros determinan sus estrategias de supervivencia, por ello, en los márgenes y sus marginalidades, experimentan mayores desigualdades de género. Los varones, de manera compleja y contradictoria, se ven forzados a sostener un mandato hegemónico que no se condice con sus propias realidades, por tal, son quienes experimentan mayores riesgos. Por su parte, las mujeres, arrostan un continuum de violencias generizadas, que en el contexto de la calle, se profundizan de una manera perversa, con altos costos para sus cuerpos y la degradación de su salud integral.

Esta tesis se propone dar visibilidad a quienes están en esos márgenes; en cómo afecta en su salud las desigualdades sociales y de género, pero también, cómo desde los posicionamientos cómplices por parte del sistema de salud público y de la sociedad a través de retóricas estereotipadas y racializadas fusionan para desacreditar sus vidas.

Siglas

A.L: América Latina

AP: Área Programática

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

CeSAC: Centro de Salud y de Acción Comunitaria

GCBA: Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

HCI: Historia Clínica Integral

ILE: Interrupción Legal del Embarazo

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual

IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo

MAC: Métodos Anticonceptivos

MMH: Modelo Médico Hegemónico

MGyF: Medicina General y Familiar

PSC: Personas en situación de calle

PSEAC: Proceso de salud, atención y cuidados

SC: Situación de calle

SSyR: Salud Sexual y Reproductiva

SM: Salud Mental

TBC: Tuberculosis

TS: Trabajo Social

Índice

Resumen de tesis	2
Siglas	3
Índice	4
Introducción	5
El campo como proceso de conocimiento.....	5
La pandemia y las personas en situación de calle.....	7
El territorio como construcción de conocimiento.....	9
Situación de calle y salud.....	12
Salud, género e interseccionalidad.....	14
Construcción del problema de investigación.....	19
Antecedentes del problema.....	24
Estructura de tesis.....	28
Capítulo I: “Si flaqueas sos carnada”	30
“Nosotros no somos parte de la sociedad”.....	30
“Hasta dónde mis pies me lleven y aguanten”.....	35
“Siempre hay que mantenerse fuerte, otra no te queda”.....	40
“Tus batallas diarias son contra tu propia mente”.....	45
Capítulo II: “Malas mujeres, malas madres, malas pacientes”	52
“La violencia siempre me ha acompañado en mi vida, es como una amiga”.....	52
“Me siento mal, me siento puérpera”.....	62
“Y, no soy yo quien puede quedar embarazada”.....	69
Capítulo III: “Sobre amar, sufrir y morir en situación de calle”	73
“Por amor”.....	73
“Mejor estar solo que mal acompañado”.....	80
“Todo el amor maternal que tenía para dar”.....	85
“Las muertes sin llanto”.....	92
“Perro amor explota”: Reflexiones sobre lo que está tan contenido y se hace invisible	103
Bibliografía	113
Anexos	125

Introducción

El campo como proceso de conocimiento

A mediados de agosto del 2019 se dio nuestra primera llegada a la parroquia “Santa Igualdad.”¹ Esto sucedió ya que el cura de aquel entonces se había acercado al Hospital Dr. Trister a conversar con nuestro jefe para comentar que en ese espacio funcionaba un dispositivo orientado a personas en situación de calle (PSC), por lo que sería propicio que un equipo se acercará a vacunar o intentar hacer algunas cuestiones relacionadas a la salud. Desde ese momento comenzamos a ir todos los jueves durante la mañana hasta mediados de octubre de ese mismo año².

La misma se ubica en la triangulación de los barrios de Chacarita, Agronomía y la Paternal, pertenecientes a la Comuna 15 de Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), los cuales son barrios considerados de clase media ya que “la población” puede satisfacer sus necesidades básicas y acceder a determinados servicios. Sin embargo, en dicha triangulación subyacen dos asentamientos, el barrio Playón de Chacarita y La Carbonilla, que se han incrementado con el paso de los años por personas de diferentes zonas de la Ciudad, del noreste de la Provincia de Buenos Aires (J.C. Paz, Derqui, Moreno, Pilar, principalmente) y de países limítrofes (Perú, Bolivia, Paraguay y de Venezuela).

Un dato relevante es que por la zona pasan dos líneas ferroviarias³ que traen masivamente personas del Conurbano Bonaerense; muchas de ellas deciden quedarse en la Ciudad porque cuenta con restaurantes, zona de turistas, dos microestadios donde se realizan importantes eventos -como recitales-, entre otras tantas cosas, lo que favorece al desarrollo de una economía informal y/o a estrategias comunitarias/populares de supervivencia, como la realización de changas, el cartoneo, pedir comida/limosna, cuidar coches, etc. En una ocasión “uno de los pibes” sostuvo “*en esta ciudad se caga de hambre el que quiere porque acá hay de todo, no son como nuestros barrios*”. Esto produjo que por la zona se consoliden “*las ranchadas*”, realizadas por cartones, maderas, pero también se usan autos, trailers y colectivos abandonados, que claramente no cuentan con servicios esenciales (agua, gas, electricidad, etc.).

¹ A los fines de este trabajo se definirá la parroquia de esta manera, también se utilizarán otros seudónimos para referirme a otras instituciones como a las personas que formarán parte del mismo.

² En ese entonces íbamos un equipo conformado por Medicina General y Familiar (MGyF); cuando había campañas de vacunación se acercaba Enfermería Comunitaria (EC) y un residente de Salud Mental (SM) especialista en psiquiatría y yo de Trabajo Social (TS).

³ Los ferrocarriles San Martín y Urquiza.

Esta parroquia era una de las pocas instituciones barriales de la zona que ofrecía servicios exclusivamente a PSC como desayuno, almuerzo, duchas y el servicio más utilizado los lavarropas, por lo que se volvía altamente concurrido, inclusive, por personas que vivían en viviendas colectivas o casas tomadas de la zona.

Merece la atención señalar el desconocimiento de las políticas públicas en general y puntualmente las sanitarias sobre las mismas, considero esencialmente tres motivos. 1) Históricamente se han construido indicadores de medición⁴ que han demostrado que la zona sur de la Ciudad es la más empobrecida y efectivamente lo es, por lo tanto, se han destinado políticas sociales necesarias pero insuficientes e inalcanzables. Que, por otro lado, han dejado un vacío enorme en el centro, sobre todo en la Comuna 14 (Palermo) y la 15 (Villa Ortúzar, Parque Chas, Agronomía, La Paternal, Chacarita y Villa Crespo).

2) Particularmente el sector salud se nutre de esos datos acompañados por indicadores de medición propios, como por ejemplo los ASIS (análisis de Situación de Salud), que buscan -entre las más relevantes- definir necesidades y prioridades en salud; detectar factores determinantes del proceso salud-enfermedad; identificar desigualdades e inequidades sociales en salud; formular estrategias de promoción, prevención y control de daños a la salud, con el fin de tener alcance a “*la población*” que atravesada por indicadores socioeconómicos desfavorables hacen uso exclusivo del sistema de salud público.

3) La falta de una política “real” hacia las mismas se ve reflejada, por ejemplo, en los Censos que realiza el GCABA cuestionados por las organizaciones de la sociedad civil (Pallares, 2023)⁵, lo que manifiesta el desinterés estatal hacia “*esta población*”, expresamente no hay distinción sobre su salud.

Este modo de construcción de las políticas en general y específicamente de las sanitarias no puede ser leída en otros términos como la colonialidad de las políticas públicas y el uso de ciertas categorías para fundamentar acciones en base a una cuantificación de quienes necesitan o tienen más necesidades (Di Pietro, Webconferencia PRIGEPP, 2019), no permitiendo ver cómo efectivamente diferentes personas son marginalizadas y sus diferentes marginalizaciones están estructuralmente vinculadas a efectos propios del sistema capitalista-patriarcal como es el caso de las mujeres y varones en SC.

⁴ Enfatizan sobre la situación demográfica; estructura de la población según sexo y edad; condiciones económicas, sociales, educativa, salud; acceso a la canasta básica de alimentos y servicios, entre las principales.

⁵ Según el GCABA, durante el 2023 se relevaron 3.511 personas, de las cuales 2.268 personas pasaron la noche en un Centro de Inclusión Social (CIS) y 1.243 personas pasaron la noche en SC, no obstante, la Asamblea Popular de PSC realizó el primer censo en el 2017 y luego en el 2019 el segundo determinó que había 7251 personas, de las cuales 641 se encontraban en paradores, 1340 en establecimientos, mientras que 5412 estaban en SC, 871 son niños (16%) y 4541 adultos (84%).

En este tipo de políticas se impregna un sistema de colonialidad del poder, el cual es reproducido/sostenido por dos modelos que se potencian. Por un lado, por las políticas de ajuste que operan en toda América Latina (A.L), en Argentina y esencialmente en CABA, que en territorios como las Comunas 14 y 15, generan desigualdades socioeconómicas y de clases sociales bien diferenciadas que vistas “*desde arriba*”, pareciera que “*la población*” puede acceder a derechos, sumado a lógicas neoliberales marcadas por el individualismo, la idea del “buen vecino de la Ciudad” y la indiferencia, cohesionan para invisibilizar otras realidades propias de estos territorios.

Por otro lado, por las propias lógicas del sistema sanitario, en el que se impone un modelo médico hegemónico (MMH) que en líneas generales se caracteriza por su biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, asimetría, autoritarismo, participación subordinada, entre otras (Menéndez, 1994), y sobre todo, por su androcentrismo, conocida como la medicina científica, legitimada por el Estado. Que en un hospital como el Dr. Trister y su Centro de Salud (CeSAC) -en menor medida- operan dentro de este orden, es decir, trabajan intrainstitucionalmente, se enfocan en “*la atención de la salud*”, desconociendo en gran medida lo que acontece en su territorio de intervención.

La pandemia y las personas en situación de calle

Inicialmente nuestro primer acercamiento a las mismas se dio durante el 2019, luego, por decisiones de nuestra jefatura nos abocamos a otras tareas hasta que devino la pandemia por el Covid-19. Durante el 2020 y la primera parte del 2021, se conformó un equipo entre profesionales del AP (Área Programática) del hospital y del CeSAC con los fines de trabajar en el Detectar⁶⁷. Este trabajo en los barrios del AP sacaron a la luz “*una cantidad*” de casas tomadas, viviendas colectivas y subalquileres, reflejando que las condiciones habitacionales eran más precarias de lo que efectivamente se consideraba, llamando la atención de quienes se encuentran “*más arriba*” en la toma de decisiones de las políticas.

Cuando los casos de Covid-19 fueron descendiendo y lentamente se empezaba a salir del aislamiento social, nos convocaron con el objetivo de “*construir y consolidar el equipo territorial*”. Según nuestra jefa, el Ministerio solicitaba vacunar a las PSC, “*alguien se tiene que encargar de esta población*”. Para tal fin reunieron a las disciplinas subalternizadas y

⁶ Desde mayo del 2020 en adelante se pusieron en marcha en distintos barrios de CABA, luego en el resto de la Provincia de Buenos Aires, como en el resto del país. Mayormente se ubicaban en escuelas -como en nuestro caso- pero también se usaron clubes, iglesias, etc.

⁷ Allí se trabajó en: la detección de casos sospechosos de Covid-19; testeos de saliva; llamados de seguimientos telefónicos; carga de datos; entrega de resultados; seguimientos a familiares/contactos; altas médicas; problemas de índole socioeconómico que había que resolver; derivación para internación, entre otras tareas.

altamente feminizadas del sistema sanitario: MGyF; Pediatría (Ped); TS; EC y Residencias de la Salud⁸ para ampliar el mismo. El cual quedó conformado por un total de 20 profesionales, 9 de planta permanente (3 MGyF; 2 Ped; 2 TS; 2 EC) y un total de 11 residentes (7 MGyF; 2 Rieps⁹ y 2 Salud Mental -SM-).

Para entonces, los laboratorios internacionales venían estudiando vacunas para combatir al Covid-19 y China creó la vacuna CanSino que a diferencia de las otras vacunas esta sería de unidosis¹⁰. En una fase III de experimento el Ministerio de Salud de la Nación Argentina publicó en su boletín oficial del 6 de septiembre del 2021 que llegaba al país dicha vacuna con el objetivo de alcanzar a “*la población de difícil acceso*” como las PSC, migrantes, refugiadxs¹¹ y otros colectivos dispersos.

Ni desde el Ministerio de Salud de CABA ni nuestrxs jefxs nos habían brindado ningún tipo de información por dónde empezar, por lo tanto, acudimos al poco conocimiento que habíamos empezado a tener previo a la pandemia: A) que un grupo importante asistía a la parroquia Santa Igualdad, B) que varias vivían en las “*ranchadas*” rodeando el Cementerio de Chacarita y otras, C) el paredón de un Hogar de niñxs en desuso.

En el marco de las reuniones previas a la salida territorial se ponía en debate cómo abordarlas, cómo acercarnos y el gran desconocimiento sobre las mismas. Quienes ingenuamente “*considerábamos tener más caracterizada a esta población*” circulante de los Servicios Sociales Hospitalarios, anticipamos que el objetivo no debía ser lo habitacional ya que muchas veces no se presenta con un problema para las propias personas. Aun así, se ponía en tensión la naturalización de personas durmiendo en la calle. Había quienes referían focalizarse en la campaña y finalizar lo más pronto posible. Pese a estas discrepancias, se ponía en tensión que las condiciones de trabajo no estaban garantizadas en el contexto de la calle; no entendíamos por qué nos obligaban hacerlo, por qué exponían al equipo y a las personas de este modo, como también, considerábamos que nos íbamos a encontrar con una serie de demandas inabordables y algo deberíamos hacer al respecto.

⁸ Las Residencias de Salud tienen como objetivo dar formación y especialidad definitiva. Todxs lxs profesionales que realizan las residencias cuentan con un título de grado otorgado por la Universidad, la Residencia les otorga la especialidad. En el caso de lxs médiqxs realizan 4 años de posgrado y el resto de las disciplinas 3 años. La residencia es de dedicación exclusiva, se trabaja 45hs semanales y se obtiene un sueldo remunerativo durante los años de formación. Las mismas se diferencian por año: R1, R2, R3 y R4. A su vez, se puede llegar a extender un año más si se realiza el año de jefatura y/o instructoría.

⁹Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud.

¹⁰ Las primeras vacunas que llegaron al país eran de dos dosis, las cuales se debían colocar de aproximadamente seis meses. Situación que contrajo muchas tensiones, ya que no se alcanzaba a vacunar a toda la población objetivo como personal esencial, personas con enfermedades crónicas, embarazadas, adultxs mayores, para luego pasar al resto de la población. Esto produjo que se empezara a vacunar y entrecruzar con una dosis diferente a la de la primera colocación.

¹¹ En esta tesis se hará uso de la “X” para no reproducir un lenguaje binario femenino/masculino.

Estas diferenciaciones empezaban a traslucir ciertos prejuicios implícitos que gran parte de la sociedad y el propio el sistema de salud reproduce sobre las mismas. El *“algo habrán hecho”*, *“son violentos”*, *“tienen mucho olor”*, *“no tienen normas”*, *“generan miedo”*, entre otras tantas cosas, constituyen un conjunto de prácticas marginalizadas, discriminatorias y de criminalización de la pobreza, las cuales son el puntapié inicial que opera como barrera, marcando distinciones sociales, de clase y asiduamente las coloca en un lugar deshumanizante. Por añadidura, no suelen ser objeto de políticas públicas -como el caso de las sanitarias- y si bien *“desde arriba”* el pretexto era *“algo hay que hacer con esta población”*, *“desde abajo”* sospechábamos que era *“propaganda política de CABA”*.

Desde mediados de octubre a diciembre del 2021 llevamos a cabo la campaña de vacunación por el Covid-19 con un alcance de más de 70 personas vacunadas por el equipo en los tres espacios nombrados¹². Sin embargo, durante ese diciembre, mientras estábamos realizando esa estrategia sanitaria, el GCABA retomó con su política de Espacio Público e Higiene Urbana de la Ciudad con el objetivo de intervenir en las condiciones de impacto ambiental e higiene, afectando directamente a las personas de *“las ranchadas”* del Cementerio, levantando todas sus pertenencias, haciendo posesión de las mismas, produciendo el desalojo y la dispersión hacia ninguna propuesta en concreto o como nos dirían algunas personas que seguramente les habían ofrecido ir a los paradores: *“pero no vale la pena, esos lugares son como la cárcel sin puerta, hay peleas, robos, violencia y al final te estás matando por un colchón y una frazada, no es diferente como estar en la calle”*. Paradójicamente, el mismo Gobierno que discursivamente mostraba cierta preocupación por éstas, era el mismo que impulsaba una política que no podía ser leída en otros términos como una limpieza racial de la Ciudad más rica de la Argentina.

El territorio como construcción de conocimiento

Un día de verano, en una de nuestras recorridas por *“las ranchadas”* del Hogar oímos que una de las mujeres nos llamó, se acercó, nos dijo si podíamos cruzar al parque a charlar.

¹² Durante la misma nos encontramos con una serie de dificultades: La falta de DNI de las personas y la obligación notficatoria del registro por parte del Ministerio de Salud. No había modo de resolver este dilema, muchos manifestaron haberse vacunado con una primera dosis pero no contaban con carnet de vacuna para demostrarlo y hasta ese entonces nadie nos había asesorado si esa vacuna se podía combinar con la dosis de otra vacuna; No contábamos con computadoras in situ que facilitasen la corroboración de esta información, como tampoco podíamos notificar las aplicaciones de la CanSino en las historias clínicas integrales (HCI), lo que generaba grandes escollos; Las PSC tienen dinámicas movibles y pernoctan en distintos lugares, con lo cual, muchas veces al regresar no volvíamos a encontrar a la persona; No contar con registros que se adecuen a este tipo de trabajo territorial y sobre todo destinado a PSC -qué registrar y qué no, cómo, qué preguntar, etc.- trasluce la falta de políticas que se adecue a sus realidades; Muchas de las aplicaciones de dosis generaban síntomas como fiebre, cansancio, dolor corporal, motivo por el cual muchxs se negaban a vacunar, incluso, lo hacían ante el desconocimiento de la vacuna *“qué tipo de vacuna es esa, nadie la conoce, me genera desconfianza, mejor quedarse así”*.

Nos planteó que estaba muy cansada de vivir en esas condiciones, de todos los conflictos familiares, que venía cartoneando y juntando plata a escondidas, se quería marchar con sus hijxs, “*no es fácil para mí en está condición pedir ayuda*”. En su HCI¹³ pudimos observar que había tenido múltiples abortos producto de violencias y los embarazos que habían logrado llegar a término fueron complicados, en varias instancias había permanecido en refugios para mujeres víctimas de la violencia de género. Desde ese momento comenzó a resonar en mí: ¿cómo esta condición afectaba a estas personas? y ¿cómo se vivenciaban las diferencias siendo varones y mujeres en esa situación?

Borde y Torres Tovar (2017) consideran que el territorio puede ser pensado como una producción social que describe cómo diferentes actores sociales se apropian, representan, dotan de sentido al mismo, que permite conocer cómo vive la gente, de qué enferma y de qué muere, es decir, los procesos de determinación social de la salud. Según Pozzio (2021) la transversalización del género es esencial para ser pensada de un modo relacional con lo corporal; como perspectiva esencial para quienes formamos parte del campo de la salud y, para ver de otro modo la relación con lo territorial, “cuando se invoca el territorio, no se alude sólo al espacio y quienes viven allí, sino el modo en que se vive, se siente, se sufre, se enferma, se muere. El territorio vivido y genéricamente construido” (p. 162).

En general, los estudios realizados demuestran que la SC se constituye como un proceso social mayoritariamente masculina (Gentile, 2008; Di Lorio, 2019; Pelagagge, 2024). Durante nuestras recorridas por “*las ranchadas*” y nuestro trabajo dentro de la parroquia confirmaban estas cuestiones, aunque las diferencias estaban dadas en la configuración de las mismas: en el paredón del Cementerio había más varones mientras que en el paredón del Hogar había muchas familias constituídas principalmente por mujeres con niñxs y algunas vejees. En la parroquia acudían mayormente varones y en menor medida mujeres.

Ante el gran desconocimiento sobre estas personas, consideramos oportuno confeccionar un instrumento de relevamiento de datos para obtener un poco de información. A continuación mostraré algunos de los datos obtenidos de “*las ranchadas*” del Cementerio:

- El 77.8% eran varones y el 22.2% mujeres.
- Sus edades oscilaban entre 30-45 años.
- El 23,1% refirió haber perdido el DNI mientras que el 3.8% nunca lo tuvo.
- El 4% mencionó ser analfabeta, el 32% completó el primario y el 20% no completó el secundario.

¹³ Cabe resaltar que, la evolución en la HCI es una obligación de lxs profesionales de la salud, además, forma parte de los derechos de lxs pacientes. Por lo tanto, los registros son punto crucial en el que se refleja la situación integral de la salud de la persona.

- El 69.2% trabajaba y el 19,2% se encontraba desempleado, el 11,5% trabajaba de forma esporádica.
- Dentro de los trabajos mencionados, el 30,7% se dedicaba al cartoneo y reciclaje, el 11,4% trabajaba en cooperativas de cartoneros, estampados o carpintería, el 11,5% mencionó trabajar como trapito. El 26,6% mencionó otros empleos como: empleado, vendedor de libros, changas, albañilería y limpieza.
- En cuanto a problemas de salud se destacó el asma (11.1%), patología psiquiátrica (11.1%), convulsiones (7.4%), patología traumatológica (7.4%, donde mencionan prótesis de cadera y amputación de pierna), y 1 caso de obesidad.
- Al preguntar sobre abuso de sustancias el 53.8% menciona que era usuaria de alguna sustancia y el 3.8% refiere no serlo. En orden de frecuencia mencionaron marihuana, cocaína, alcohol, pasta base y tabaco.

Estos datos empezaban a mostrar ciertas dinámicas de la SC. Mientras que mayormente observábamos varones con otro tipo de predisposición hacia el equipo, respecto a las mujeres nos eludían, un ejemplo de ello se vio plasmado en “*las ranchadas*” del Hogar, quienes generalmente se negaron a responder y al vernos escondían a sus niñas.

A partir de enero hasta abril del 2021 establecimos una recorrida semanal por la misma, lo que permitió otro tipo de inserción en ese territorio y tomar dimensión de diferentes atravesamientos que inciden en la salud. En este sentido, los destellos de las observaciones empezaban a dilucidar una manera diferencial según el género. Sus prácticas dentro de sus cotidianidades se construían de forma particular, y como efecto, la SC les interpelaba de un modo distintivo en sus salud¹⁴.

Estas hipotizaciones empezaron a tomar sentido cuando el equipo de salud aterrizó definitivamente en la parroquia Santa Igualdad a mediados de mayo del 2021 en adelante, decidiendo construir “*ese espacio de atención*” de la salud específicamente para las mujeres, varones y familias en SC asistentes de dicha institución. Aquí, las diferenciaciones de género tomaron un color peculiar, que me llevaron a construir las siguientes preguntas de investigación: **¿Cómo y de qué manera afecta a la salud integral de las mujeres y varones la situación de calle? ¿Cómo influye el género a la salud integral y cuidados de estas mujeres y estos varones? ¿Qué diferencias se pueden identificar? ¿De qué manera repercute el entrecruzamiento entre el género, la condición de estar en SC, los determinantes sociales y la racialización en los procesos de salud?**

Estas preguntas forman parte de la urdimbre que pretendo deshilvanar en la presente tesis, la cual se enmarca en la Maestría en Género, Sociedad y Políticas del Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas de la Facultad Latinoamericana de

¹⁴ Para mayor detalle de lo trabajado y observado durante ese lapso recurrir al ANEXO 1.

Ciencias Sociales (FLACSO). A través de estos interrogantes me propongo dar cuenta de las condiciones de desigualdad que atraviesan mujeres y varones en SC, como los efectos que produce en sus saludes desde una perspectiva de género e interseccional. El interés surge debido a la falta de profundización sobre la problemática desde estas perspectivas, por esta razón, me interesa abordar el modo que embiste dicha relación, para comprender los daños y perjuicios que vivencian y cómo esta condición de marginalización les afecta de modo diferencial dentro de las transformaciones estructurales actuales pero también visibilizar cómo en ese escenario de marginación emplean estrategias para sortear sus realidades.

Situación de calle y salud

Di Iorio (2019) considera que por medio de las condiciones de fragilidad corporal, emocional, vincular y de ciudadanía de las PSC emergen malestares y padecimientos en clave de un amplio espectro de daños sociales, psíquicos y corporales que les afectan y se expresan en la estigmatización, criminalización, segregación, enfermedades físicas y padecimientos de SM. Esto permite afirmar que las mismas se ven atravesadas y afrontan cotidianamente diferentes procesos de vulneración socioeconómica, educativa, habitacional, laboral, socio-afectiva o relacional donde la salud no es una excepción, quizás es el nodo crucial donde se manifiestan esas degradaciones constantes de vida.

La SC se entreteje dentro de una madeja social deteriorada, amarrada a tensiones políticas pertenecientes a un mundo globalizado que profundizan modelos de desarrollo en economías regionales como Argentina transformando las híbridas de la sociedad donde la desigualdad emerge como una de las principales cuestiones sociales (Hipertexto PRIGEPP Globalización, 2020, 2.3), por consiguiente, producto de esa desigualdad se constituye como el punto aljibe de la exclusión social y vulneración extrema de derechos (Di Iorio, 2019). A su vez, quienes se encuentran en dicha situación deben asumir la yuxtaposición de prácticas racializadas que operan como barreras de acceso a determinados recursos; “la efectivización del derecho a la salud de estas personas se ve truncada, frecuentemente, por las barreras de accesibilidad del propio sistema de salud” (Güelman et al., 2023, p. 127).

La SC refleja acciones reiterativas por parte de las instituciones estatales para afrontarla debido a que ha sido incorporada en la agenda de la Ciudad como una política focalizada y como un problema social que debe ser asistido (Boy, 2011); promoviendo programas sociales que evidencian que las principales acciones desde el ámbito estatal suelen ser asistencialistas (Rosa, 2012). Por lo pronto, si se resuelve provisoriamente lo de la

vivienda, por “derrame” se resolverían “los otros problemas”. Acciones que reflejan la homogeneización de “*la población*”; sus necesidades y que efectivamente no permiten comprender cómo están marginalizadas y sus marginaciones se encuentran estructuralmente vinculadas al sistema capitalista-patriarcal.

El escenario del Covid-19 permitió evidenciar cómo la expansión del virus condicionó de modos diferentes, profundizando y vulnerando las vidas de éstas, las cuales ya se encontraban inscriptas en múltiples escenarios de exclusión, pues, lo desconocido no hizo más que dimensionar las desigualdades de diversos territorios. Desde el advenimiento de la pandemia, han sido las más afectadas debido a la escasez de recursos, de no lograr el distanciamiento social, sostener el empleo e ingresos y por no acceder a la salud y el saneamiento básico (Güelman et al., 2023).

La falta de conocimiento que desposeen los servicios o profesionales de cómo trabajar o comprender integralmente su situación, conducen a que el fenómeno sea abordado desde discursos estigmatizantes, siendo maltratadas y rechazadas, lo que agrava los problemas (Rosa, 2015). Y no es que no exista un desinterés por parte de las mismas en cuidarse sino una incapacidad del Estado en proteger el derecho a la salud (Morande, 2018); además, concurren con un importante deterioro, ausencia de hábitos de higiene, ausencia de red socio-familiar, etc., que impactan en los equipos de salud e inciden en las miradas que caen sobre ellxs, en sus saberes, en la naturalización de ciertas situaciones de riesgo y en lo expulsivo de las burocracias institucionales (Capellini et al., 2012; Díaz et al., 2022).

En las mismas se detectan tasas elevadas de traumatismos; enfermedades respiratorias; mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares e infectocontagiosas (Infecciones de Transmisión Sexual -ITS-, VIH, Hepatitis B, Tuberculosis (TBC); consumo problemático de sustancias; malestares y padecimientos psíquicos, múltiples violencias y violencia de género (Di Iorio, 2019; Morande, 2018); lo que requiere un abordaje integral pero carecen de atención reflejando un escaso acceso al sistema sanitario.

Es necesario resaltar que, si bien en A.L y particularmente en Argentina, prevalecen diversos modelos de atención debido a la pluralidad coexistente en que las personas buscan atender su salud, persiste la dominación de un modelo de atención que tiende a la biologización de las enfermedades, que subordina los niveles psicológicos y sociales de los padecimientos (Menéndez, 2003), es decir, dejando de lado aquellas cuestiones de la vida social que no pueden ser tipificadas como enfermedades (Teodori, 2015).

Mediante nuestras recorridas territoriales hemos tomado dimensión del abandono estatal, y particularmente de la complicidad del sistema sanitario, visibilizando el modo en que esa situación de marginalización genera consecuencias graves para su salud.

Salud, género e interseccionalidad

Según la Ley Nacional 27.654 de Personas en Situación de Calle y Familias sin Techo, las PSC son quienes sin distinción de ninguna clase, sea por su condición social, género, edad, origen étnico, nacionalidad, situación migratoria, religión, estado de salud o cualquier otra, habiten en la calle o en espacios públicos en forma transitoria o permanente, utilicen o no servicios socioasistenciales o de alojamiento nocturno, públicos o privados. A su vez, se contempla a quienes residen en establecimientos de los cuales deban egresar y no dispongan de una vivienda; se encuentren notificadas o haya una sentencia judicial firme de desalojo, y habiten en asentamientos precarios o transitorios sin acceso a servicios públicos esenciales o en condiciones de hacinamiento que afecten su integridad psicofísica que no califiquen como barrios populares (Ley 27.654, 2021).

La desigualdad emerge como una de las principales cuestiones sociales propias de los procesos de globalización (Bonder, Webconferencia PRIGEPP, 2020), llevando al desencadenamiento de la flexibilidad del mercado de trabajo, al aumento desmedido de la feminización de la pobreza, la marginalización social y a múltiples violencias arraigadas a la propias historias personales que han logrado que se experimente la SC de un modo descomunal y la naturalización de los privilegios por encima de los derechos (vivienda, educación, salud, trabajo, entre otros).

Durante nuestras recorridas, observamos los efectos producidos por la pandemia a partir de un aumento significativo de PSC en las zonas de Chacarita, Agronomía y Paternal. Si bien, mayoritariamente eran varones, en las últimas décadas ha aumentado la permanencia de mujeres, niñxs, adultxs mayores y disidencias sexuales, quienes reverberan la inequidad de género y el aumento desmedido de la feminización de la pobreza acordes a la complejidad y las desigualdades territoriales fruto de un neoliberalismo tardío propios de los países latinoamericanos (Delgado y Gradín, 2016).

Las políticas para ellas suelen ser asistencialistas o de emergencias como las campañas de frío durante los inviernos, aún así, desde una perspectiva situada y con los lentes de género (Tamargo, Webconferencia PRIGEPP, 2021) se observa que prevalecen retóricas y prácticas que refuerzan desigualdades y el campo de la salud no es una excepción.

El sistema de salud promueve una mirada sesgada que abona a la regulación y reproducción de la vida social, dado que la ciencia como la medicina han consolidado sus discursos para legitimar las desigualdades colocando a las mujeres “por la naturaleza a la inferioridad y a vivir en un segundo orden” (Hipertexto PRIGEPP, Masculinidades, 2019, 2.2.1). La medicina refuerza una construcción histórica de la sexualidad mediante aspectos biológicos que producen los mayores mecanismos de control y jerarquización de las relaciones sociales de los géneros.

Como categoría relacional, el género nos permite comprender las formas de relacionamiento que se tejen alrededor del poder, del reconocimiento, de múltiples formas de explotación y opresiones las cuales marcan la forma primaria y constitutiva de las relaciones sociales (Scott, 1996). Según Pozzio (2021), quien retoma los aportes de Scott:

“El género es una categoría de análisis que nos permite entender el procesamiento cultural, social y político de la diferencia sexual. Es decir, es lo que nos permite entender cómo se configura, en cada sociedad y momento histórico, el modo en que percibimos, ordenamos, jerarquizamos, incorporamos, vivenciamos, etcétera, las diferencias e identidades sexuales, las ideas y valoraciones de lo femenino, de lo masculino y de los roles sociales adjudicados a cada uno” (p.156)

Asimismo, prevalece una idea de género como performance que se hace, rehace, puede cambiar y transformarse todo el tiempo, por esto, se lo debe pensar como una identidad débilmente constituida en el tiempo, instituida en un espacio exterior mediante una repetición estilizada de actos (Butler, 2005; 2007).

En tanto perspectiva de análisis, nos permite “afirmar que el género -en tanto régimen político vertebrador de relaciones de poder- opera como un determinante de la salud” (Pombo, 2012, p. 3) advirtiendo así, que en la misma se “establecen vulnerabilidades diferenciales relativas a los roles sociales que mujeres y varones pueden y deben cumplir en el marco del patriarcado, lo cual determina modos diferentes de vivir, enfermar, consultar, ser atendidos/as y morir” (Tajer, 2012, p.18).

Según Valls-Llobet (2022) la ciencia médica nació sesgada porque nació androcéntrica, la misma ha nacido fundamentalmente del estudio de “pacientes” internados que eran de predominio masculino, “se suponía que al estudiar a los hombres, se estudiaba también a las mujeres, que los problemas que presentaban eran similares y que era posible extrapolarlos” (p.13). Esto produjo el disciplinamiento y la medicalización del cuerpo de las mujeres en diferentes etapas de su vida (menarca, parto, aborto, menopausia, entre otras), empero, como sostiene la autora:

“Son muchas las formas en que la medicina clínica actual sesga la visibilidad de los diagnósticos más prevalentes entre las mujeres a lo largo de toda su vida, desde el desconocimiento de los trastornos de la menstruación en la adolescencia hasta la magnificación de las consecuencias del hecho natural de que se retire la menstruación, junto con la aparición de patologías crónicas que producen dolor y que son más frecuentes entre las mujeres” (Valls-Llobet, 2022, p. 15).

En este aspecto, Aguilá et al. (2017) consideran la importancia de la morbilidad femenina diferencial dado que puede incidir en los motivos de consulta que pueden estar relacionadas con la SSyR, presentar una mayor prevalencia en las mujeres, como también otros condicionantes como laborales, económicas, sociales, psicológicas, etc. Según Tajer (2009) “los patrones de inserción de las mujeres son diferenciales, del mismo modo que en el reparto de la carga doméstica y la conformación de la subjetividad ligada a ambos procesos se mantiene también diferencial” (p.31), por eso, es necesario una comprensión de los efectos específicos de vulneración, de enfermar y de consultar.

Sin embargo, estas cuestiones son desatendidas. Un claro ejemplo es cuando se pone el foco en la discriminación de determinados cuerpos; en la patologización y normalización de las conductas sexuales; en las intervenciones quirúrgicas; en el avance de las tecnologías reproductivas; en la violencia obstétrica; en la medicalización de la menopausia; en el uso y sobreuso de MAC; en la tensión sobre IVE/ILE, lo que refleja que la focalización en la reproducción es una modalidad reiterada que coloca a las mujeres como únicas interlocutoras responsables perpetuando los efectos del sistema patriarcal.

Todo este conjunto fortalece sesgos genéricos que operan mediante normas/creencias, roles y estereotipos, por lo que se espera sumisión y vulneración en su salud, que tengan educación y que “por su bien” tengan todos los controles de salud necesarios, que desde muy temprana edad tengan intervenciones ginecológicas, que usen MAC, que sean mujeres y “buenas mujeres”, que cumplan con las indicaciones médicas, que cumplan con controles periódicos, que sean madres y que “sean buenas madres”, que se ocupen de sus hijxs, de los controles de salud de sus niñxs, entre otras cuestiones.

Estas lógicas que se imponen llevan a preguntarse qué idea de “Mujer, mujeres o “mujeres”” (Di Pietro, Webconferencia PRIGEPP, 2019) se promueve desde el campo de la salud sobre esas “mujeres” que no obtienen créditos por adoptar valores de blanquitud pero son altamente racializadas por sus historias marginalizadas quedando adjudicadas a las ideas de “malas mujeres, malas madres, malas pacientes”, como es el caso de las mujeres en SC.

Del lado de los varones, se esperan conductas totalmente opuestas. El cumplimiento de este mandato se concilia por lo que deben ir asumiendo a lo largo de sus vidas y por el

reconocimiento entre ellos mismos. Que demuestren su hombría, invulnerabilidad, rudeza, como sostiene Olavarría (2000):

“Los hombres deben someterse a cierta ‘ortopedia’, a un proceso de ‘hacerse hombres’, proceso al que está sometido el varón desde la infancia (...) los varones deben superar ciertas pruebas como: conocer el esfuerzo, la frustración, el dolor, haber conquistado y penetrado mujeres, hacer uso de la fuerza cuando sea necesario, ser aceptados como ‘hombres’ por los otros varones que ‘ya lo son’, y ser reconocidos como ‘hombres’ por las mujeres” (p.12).

Es necesario pensar el lugar del cuerpo como objeto de construcción, interpretación y de jerarquías, que sumadas a las ideas que se inscriben sobre los varones -invulnerabilidad, su “instinto sexual” y su rol de proveedores-, van a demostrar que son prácticas socialmente reguladas dentro de este campo y se apunta a la potencialización de esos atributos. En ese marco, la ausencia del varón, su invisibilidad, tiene que ver con las maneras en que se estructura la identidad de género masculina en los propios servicios de salud, pues persiste de que a los varones nunca les pasa nada (Váldez y Olavarría, 1998, citado en De Keijzer, 2006).

Estas ideas se reafirman en un modelo de atención de la salud que educa en el silenciamiento político de los cuerpos respecto a una supuesta “condición natural”. Lo que trasluce la inexistencia de acciones destinadas a varones reflejadas en sus altos índices de muertes; en sus diagnósticos tardíos; en su SSyR y la falta de anticonceptivos, etc., retroalimentando ideas de figurar como “lo otro”, reafirmar sus privilegios y sus irresponsabilidades, y que esa superioridad corporal sea un arma de doble filo en la medida de los extremos que experimentan y a las que se exponen (Olavarría, Webconferencia PRIGEPP, 2019).

En este aspecto, Connell (2017) hace alusión a pensar al género como un ordenamiento de la práctica social que coadyuva a la organización de la vida social a partir del escenario de la reproducción; que se define por estructuras corporales y de reproducción humana; basadas en relaciones de poder-subordinación, de la división genérica del trabajo y de las prácticas que dan forma y actualizan el deseo sexual; y que interactúa con la clase social, la raza, la nacionalidad, el posicionamiento en el orden mundial, por lo tanto, la masculinidad adquiere un sentido de múltiples masculinidades que van desde la hegemónica, subordinada, cómplice a las marginales, donde podríamos ubicar a los varones en SC.

En este sentido, Olavarría destaca que las masculinidades expresan contradicciones de los órdenes de género precedentes en distintos momentos históricos¹⁵ donde las asimetrías,

¹⁵ El autor hace alusión al orden conservador o modelo tradicional-campesino; orden de sociedad moderna-industrial; orden del estado subsidiario- neoliberal.

tanto en su dominio, poder como atributos de la masculinidad hegemónica, no adquieren las mismas acepciones, revelando distintas configuraciones de las subjetividades, de la relación que se puede establecer con el propio cuerpo, entre las personas y las instituciones (Olavarría, Webconferencia PRIGEPP, 2019). Lo que puede llevar a preguntarse qué idea de masculinidades subyacen dentro del campo de la salud para entender si las múltiples masculinidades se sienten representadas en esas ideologías predominantes.

Prevalen varias líneas de análisis que resaltan al género como inequidad sanitaria. La OMS (2018) considera que los determinantes sociales y estructurales de la salud se relacionan con el género, con las conductas en la esfera de la salud y la respuesta del sistema de salud en función al mismo; no obstante, esta noción puede incluir una mirada despolitizada y reduccionista de la perspectiva de género, ya que refiere a una esencialización de la diferencia sexual universal/individual que pretende universalizar modelos explicativos de las desigualdades en salud (Pombo, 2012).

En A.L se ha puesto énfasis en cómo las inequidades de esta parte de la región impactan en la salud. En este caso, Arellano, Escudero y Moreno (2008) plantean que la calidad de vida se ve afectada por “el incremento de la pobreza, la profundización de las desigualdades económicas políticas, el deterioro ecológico y sus consecuencias en la salud y la ampliación de brechas sociosanitarias, que conforman sociedades crecientemente polarizadas” (p.325), lo que les lleva a hacer hincapié en las dimensiones materiales (orgánica, biológica y social) y subjetivas (interpretación, vivencias y enfrentamiento desde la intersubjetividad colectiva) como parte constitutiva de los determinantes sociales.

Estos aportes requieren de la profundización de cómo la raza, etnicidad, orientación sexual, sector social, generacional, se estructuran con los determinantes sociales para esclarecer cómo diferentes vulnerabilidades de acceso al trabajo, educación, garantías de seguridad y protección social, no sólo estratifican socialmente a las personas, además, les lleva a experimentar la profundización de nuevas situaciones de desigualdades sociales (Couto et al., 2019).

En este aspecto, Viveros Vigoya (2016) entiende que la interseccionalidad alerta sobre el lugar que ocupan diferentes sistemas de opresión pero también habla sobre la experiencia de la dominación, es decir, pone en evidencia la experiencia del sexismo vivida por determinadas personas que por diferentes posiciones sociales padecen o están atravesadas por la marginalización y discriminación. En otras palabras, la perspectiva de género es importante para “problematizar específicamente las relaciones de poder, las jerarquías y los estereotipos socioculturales basados en las relaciones desiguales de género que producen

profundas inequidades en salud” (Lenta, 2019, p.142), aun así, la perspectiva interseccional permite comprender “la lectura de la posición que ocupan lxs sujetxs en la estructura social, económica y cultural, no puede leerse sin un análisis interconectado de los patrones hegemónicos de sexismo, racismo y clasismo” (Bertona, Villalpando y Scarpino, 2017, p.101). En simultáneo, la injusticia epistémica en salud demuestra diferentes formas en las que las personas son subvaloradas como agente epistémico por su identidad o su lugar social, desacreditando a aquellas que se perciben como “desaliñadas” o que tienen rasgos faciales racializadas para la sociedad, sus voces son silenciadas respecto al conocimiento y al valor terapéutico que generan sobre su propia situación de salud (Radi y Pérez, 2019).

En resumidas cuentas, estas perspectivas iluminan el modo que se intensifica la exclusión social, la marginalización, la racialización, no sólo mediante la retroalimentación de la precariedad económica, sobre todo, de las violencias estructurales e institucionales impartidas y la violación de derechos hacia determinados grupos, como también permite cristalizar que la marginalización vivida y la naturalización de dicha condición “preserva los intereses de la clase, del género y de la raza dominante (...) -que- coadyuvan a su reproducción y mantenimiento” (Rodríguez Shadow, 2000, p.110).

Por consiguiente, para comprender cómo los determinantes sociales, los procesos de racialización con el género impactan en la salud de mujeres y varones en SC, es fundamental adoptar un pensamiento situacional que refleje el modo que a nivel estructural el sistema capitalista-patriarcal y a nivel particular el sistema sanitario público afectan a su salud generando distintos tipos de discriminación, vulnerabilidades e historias de desempoderamiento.

Construcción del problema de investigación

Según Blog (2010) las investigaciones cualitativas nos hablan de las representaciones sociales, de la dimensión simbólica de los fenómenos pero sobre todo de los aspectos no documentados de la vida social de las personas, por lo que cobra importancia las herramientas que empleemos a la hora de comprender estos fenómenos.

El trabajo de campo de esta tesis se llevó a cabo en la parroquia Santa Igualdad y fue posible a partir de la experiencia de trabajo con mujeres, varones y familias en SC. Mi inserción allí se dio como TS del sistema público de CABA y como parte de un equipo de salud territorial de APS, conformado por: Jaz (TS); Luchi (Ped); Pablo (MyGF), Sole (MyGF) y residencias de MyGF, de SM y TS. Como intenté plasmar, la inserción tuvo varios

momentos: durante el 2019; luego, durante la campaña de vacunación y las recorridas territoriales sobre “*las ranchadas*” del Hogar; finalmente, en el 2021, a partir de lo observado decidimos emprender un “*espacio de atención*” de la salud para estas personas.

Sobre la base de esas vivencias y el trabajo de campo, consideré la realización de esta etnografía. Según Sciortino (2012) el método etnográfico comprende situacionalmente una pluralidad de perspectivas de lxs actores sociales y de cómo configuran sus representaciones del mundo social. Se puede adoptar como un enfoque, como método abierto y flexible.

Desde mi inserción en el 2019 hacia adelante, comencé a construir mis notas de campo sobre algunas situaciones, escenas, intervenciones, frustraciones, conversaciones, lo que potenciaron mi observación participante. Según Guber (2001), es el “medio ideal para realizar descubrimientos, para examinar críticamente los conceptos teóricos y para anclarlos en realidades concretas, poniendo en comunicación distintas reflexividades” (p.24); requiere posicionarse de otro modo, más distante, para no interferir en la vida o escenas de lxs sujetxs. Por tal motivo, son lxs propixs actores, quienes mediante sus palabras y prácticas pueden expresar el sentido de su vida, su cotidianeidad, sus hechos extraordinarios y su devenir (Guber, 2001). La permanencia en el trabajo de campo permite el acceso a aspectos invisibilizados de la vida social y de la situación de las personas asumiendo la importancia de sus puntos de vista para la construcción del conocimiento (Bloj, 2010).

Paralelamente, había comenzado con la Maestría de PRIGEPP y gracias a sus aportes se convirtió en mi trabajo de investigación. El interés puesto en la salud de las mujeres y varones en SC se despejaron y tomaron otro color al hacer énfasis en el entramado del género en la sociedad y las políticas, lo que consolidó las bases para ver las diferencias y de quiénes ocupaban los márgenes, permitiendo la construcción de un conocimiento situado, sin perder el eje desde dónde había partido y cómo fui transformando el qué y cómo mirar. Como diría Di Pietro, para entender qué transformaciones están sucediendo e impactando en nuestras vidas, hay que intentar entender quiénes somos o estamos siendo (Webconferencia PRIGEPP, 2023). Estos cimientos propiciaron la construcción del problema de investigación: los efectos que produce el género, diferentes sistemas de opresión y la SC en la salud de las mujeres y los varones que se encuentra en dicha condición

Fue la permanencia en el territorio, la disputa de emprender y sostener “*desde abajo*” una política hacia estas personas que habilitaron la construcción de un vínculo referencial¹⁶

¹⁶ La nominación de referencia institucional hace alusión a los vínculos que se establecen entre las personas y las instituciones de salud en general, pero particularmente cuando las mismas se vinculan con servicios específicos, equipos y/o unx profesional en especial.

hacia el equipo y hacia mí. Nuestro “*estar y permanecer*” en la parroquia permitió entablar conversaciones; profundizar algunas historias; compartir desayunos y almuerzos; jugar; atender, entre otras cuestiones. Sin embargo, a partir de allí se visualizaron diferencias.

Por una parte, mayoritariamente han sido varones asistentes del lugar y como parte de la sociedad machista de la que forman parte hemos tenido que “aprender a cuidarnos” de sus piropos, formas de mirarnos, incluso, de prever cómo vestarnos “para que no se sientan provocados” siendo un equipo de salud constituido casi en su totalidad por mujeres. Sortear estas cuestiones nos ha permitido otras formas de vinculación. En líneas generales las investigaciones coinciden que la calle es preponderadamente masculina, “se ha perdido todo interés en la dinámica de género como algo marginal a la constitución del fenómeno mismo” (Gentile, 2008, p.1), lo que manifiesta que lo escrito no ha expuesto las diferentes formas en qué se construyen y deconstruyen las masculinidades. Nuestra experiencia nos permitió ver cómo desde sus lugares de marginación, algunos han puesto en tensión ese mandato hegemónico como también muchas ideas circulantes en el sistema sanitario sobre las mismas.

Por otra parte, las mujeres han mostrado otros matices hacia el equipo; siempre más distantes, “*me doy cuenta que me esquivo*”, “*creo que hoy no quería charlar*”, “*antes ni hola y ahora nos busca*”, “*cambió conmigo*”. Con éstas, los vínculos se han tenido que construir desde otras estrategias: cortar flequillo, pintar las uñas, etc. lo que habilitó acceder a sus historias y a comprender cómo el destrato por parte de las instituciones de salud las han marcado -quizás- de por vida.

Estas diferenciaciones me llevaron a suponer dos cuestiones. La primera es que, el sistema de salud, en tanto reproductor de un modelo de atención biologicista y con profundos sesgos de género, se encuentra con severos obstáculos para afrontar la atención de su salud, ya que desde su lógica no puede comprender y/o asumir la heterogeneidad de las situaciones, identificar variaciones, diferencias, otras opresiones de desigualdad y los impactos que puede producir la permanencia en calle. Por lo tanto, reproduce y refuerza ese orden; por medio de concepciones y prejuicios implícitos, plasmadas en sus prácticas que profundizan así, desigualdades de género y sociales. Esto llevó a que las mujeres se mostrarán diferentes hacia el equipo, en cambio, los varones, han tomado la idea de “*ese espacio de atención, es algo de nosotros*”, “*una oportunidad*”, un lugar para atender algunas cuestiones, que no sólo era el acceso a medicación sino también para contar sus rutinas, situaciones personales, etc.

La segunda es que, en el contexto de la calle, las mujeres y varones se ven atravesados por un orden de género que los somete, aun en esta condición, a reproducir, reforzar y profundizar estereotipos, produciendo efectos diferenciales que les lleva a tener que asumir

prácticas de discriminación de género, raciales, diferentes tipos de violencias y la violación como punto extremo. Como consecuencia, todas estas situaciones de extrema vulnerabilidad y desprotección generan profundos efectos y daños en su salud orgánica, física/corporal, mental, las cuales van naturalizando como también gran parte de la sociedad. Desde los relatos, historias, comportamientos, entre otros aspectos, pude darme cuenta que la situación de marginación es innegable, aún así, en los márgenes las vivencias son desiguales y los arrasamientos subjetivos también lo son.

Estas cuestiones me llevaron a enmarcar como objetivo general de esta investigación: Analizar los efectos que produce el género, los determinantes sociales y la racialización en la salud integral de mujeres y varones que están en situación de calle y asisten a la parroquia “Santa Igualdad” ubicada en el barrio de Chacarita, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el período 2021-2023. Los objetivos específicos son:

1. Describir los problemas de salud detectados en el dispositivo territorial: en el cuerpo de los varones y mujeres en SC, las barreras institucionales y burocráticas de los efectores de salud y las tácticas tanto profesionales como de lxs usuarixs para sortear (o no) dichos problemas.
2. Analizar los modos en que mujeres y varones en SC describen, interpretan y manifiestan sus propios problemas de salud.
3. Identificar cómo se viven las diferencias de género entre mujeres y varones y las repercusiones que acarrea en su salud.

En función del problema planteado se presenta un tipo de diseño exploratorio-descriptivo de corte transversal con enfoque cualitativo. Por un lado, esta tesis se propone abordar la salud de mujeres y varones en SC desde una perspectiva de género e interseccionalidad, motivo por el cual se busca preparar el terreno para “examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes” (Batthyány et al., 2011, p. 33). Por otro lado, es descriptivo, ya que a partir de los objetivos se busca dar cuenta de los efectos que implica la SC en la salud de las personas por analizar.

La elección del método etnográfico tiene varios propósitos. Quienes se han dedicado a estudiar a las mismas coinciden en que es una “*población de difícil acceso*”, con lo cual, muchas veces se la ha transformado en objeto de estudio a partir de ciertas presunciones (Di Iorio, 2019). Entonces, para poder comprender, es elemental construir una objetividad parcial asumiendo que “la objetividad feminista significa, sencillamente, conocimientos situados” (Haraway, 1995, p. 324). En este aspecto, el trabajo de campo favoreció el resultado esta etnografía con perspectiva feminista, de aproximación a las experiencias que viven las

personas, que están atravesadas por el género y otras categorías sociales que reflejan múltiples experiencias de opresión en el contexto analizado (Pérez Sans, 2016).

Por estas cuestiones es importante señalar mi lugar como investigadora, como profesional integrante del equipo de salud y como mujer en esta tesis. Esto implica un ejercicio epistémico constante en el modo de construcción de conocimiento, lo que me lleva a ser consciente de aquello que Haraway (1995) interpreta como la violencia implícita en nuestras prácticas visualizadoras, entendiendo que la visión es siempre una cuestión del poder ver.

Por ende, en mis múltiples condiciones que asumo en esta tesis, es necesario preguntarse desde dónde estoy escribiendo, qué estoy pensando, con quién lo estoy haciendo, qué debo registrar y qué no, qué debo preguntar y qué no. Lo que me lleva al ejercicio obligatorio de la reflexividad. En este aspecto, las categorías sociales que empleamos moldean relaciones de poder y es el pensamiento feminista relacional el que nos enseña a cultivar un sentido de empatía hacia quienes ocupan diferentes posiciones sociales (Di Pietro, Webconferencia PRIGEPP, 2024), por lo tanto, al reflexionar sobre las mismas entendemos nuestra propia participación en la opresión de otras personas.

Esteban Galarza (2019, 9 de mayo) propone pensar sobre cómo se incorpora el conocimiento situado, lo que lleva a pensarnos dentro de las investigaciones -la etnografía encarnada-, puesto que el método etnográfico se está replanteando desde un compromiso corporal y emocional la tensión entre la distancia y el acercamiento, lo que supone una nueva forma de investigar en salud desde la antropología feminista. Alerta sobre la biologización, psicologización y esencialización de la salud, por esta razón, es necesario no dejar de lado las situaciones que afrontan otras mujeres -y varones-; caracterizar el contexto en el que se establecen las relaciones sociales, entre otras cosas, lo que permitiría poner en tensión los sesgos de clase y los intereses de las mujeres que investigan en salud.

Por tal motivo, en mi doble inserción como profesional e investigadora, tomé en consideración mi lugar de poder y del resguardo de lo escrito ya que muchos de mis registros devienen de mi práctica profesional, empero, adopté la reflexividad como un norte, acudiendo a diversas teorías que me acompañaron a interpretar las diversas situaciones que se ha presentado frente a mí. Producto de estas contribuciones es que decidí escribir sobre éstas mujeres y varones.

Antecedentes del problema

En esta tesis he decidido centrarme en los efectos que produce la SC en la salud de mujeres y varones, por lo tanto es importante mencionar que tal problemática ha sido investigada desde distintos enfoques y con distintos objetivos, en los que sobresalen los estudios de las Ciencias Sociales provenientes de los campos de: Antropología, Psicología, Sociología y Trabajo Social.

En líneas generales, se coincide en que la SC es uno de los efectos producidos por las políticas neoliberales que han generado una creciente marginalidad urbana; segregación espacial, procesos de desafiliación y exclusión social en los países desarrollados, (Wacquant, 2001; Castel, 1995), donde A.L. no ha quedado exenta, ya que las mismas han profundizado, la marginación y feminización de la pobreza y, con ello, un desarrollo desigual (Hipertexto PRIGEPP Globalización, 2020, 3.3). Como resultante, la SC “constituye una de las formas en la que se expresa la exclusión social propia en los contextos urbanos, caracterizada por diferencias económicas, desigualdades jurídicas y desafiliaciones sociales y que se traducen en la vulneración de derechos” (Di Iorio, 2015. Cit. Seidman et al., 2016, pág. 124).

Uno de los aspectos trascendentales son las repercusiones sobre el uso del espacio público ya que se constituyen como seres despreciables y una amenaza, que retroalimenta imaginarios sociales que incluyen procesos de estigmatización, criminalización y segregación (Palleres, 2010; Di Iorio, 2019). Sin embargo, “el espacio público termina siendo concebido como aquel lugar donde las personas que viven en la calle solo tienen la posibilidad de sobrevivir (...)” (Palleres, 2010, pág. 97), por lo tanto, se desvirtúan las estrategias de supervivencia que deben enfrentar en lo cotidiano.

En este sentido, se ha hecho énfasis en los circuitos que realizan para obtener recursos que permiten la satisfacción de necesidades básicas como comer, dormir, asearse, vestirse, atender su salud, mediante instituciones estatales, sociedad civil y religiosas y, qué puede implicar dichos circuitos para las mismas ante la falta de respuestas sobre la problemática (Palleres, 2010; Boy, 2011; Rosa, 2012; Tortosa, 2021).

Rojas Pedemonte (2008) realiza una distinción con el objetivo de visualizar que en sus estrategias de supervivencia se observan particularidades que las diferencian entre sí. 1) Las personas en asistencia son quienes presentan altos niveles de deterioro psicosocial (enfermedades de salud mental y física), emplean estrategias menos autosuficientes y cuentan con baja red de apoyo familiar y social. 2) Las personas con autosuficiencia remarcan sus resistencias a las intervenciones sociales ya que cuentan con conocimientos que les permite

precariamente resolver sus necesidades; se desenvuelven dentro del trabajo informal; presentan los mayores niveles de consumo de sustancias; evidencian un profundo deterioro de su autoestima y desesperanza aprendida, sin mayor proyección hacia el futuro. 3) Las personas en emergencia reflejan que sus trayectorias en calle son incipientes; por lo que suelen buscar resguardo y protección en un escenario desconocido, no manejan los códigos, encontrándose en un estado de profunda indefensión.

Estos aportes delinear las degradaciones subjetivas y corporales de la permanencia en calle (Di Iorio, 2016, 2019) se ven reflejadas en una tasa de mortalidad ocho veces mayor en los hombres y doce veces mayor en las mujeres en SC (Oliveira et al., 2021).

Valdes Cisterna (2020) desde el campo de Trabajo Social se dedicó a investigar las condiciones de salud de quienes han sido internados en un hospital de Chile. Los resultados reflejaron que mayormente eran hospitalizados varones con estudios incompletos; con historias de vida marcadas por la pobreza y la marginalidad desde una edad temprana; con un tiempo promedio estimado en calle de entre dos a seis años mayormente originado por el consumo problemático de drogas y alcohol, seguido o paralelo a conflictos familiares; la mayoría no percibía ningún tipo de beneficio estatal. Las causas de hospitalización eran por enfermedades crónicas o los traumatismos por caídas o golpes por terceros; fracturas en extremidades, principalmente por accidentes de tránsito; en contexto de estado etílico y daño hepático crónico propiciado por el consumo excesivo de alcohol. Su experiencia la llevó a considerar la necesidad de contar con recurso humano capacitado e instruido para favorecer su proceso de reinserción social.

Muchos de estos problemas identificados coinciden con el relevamiento realizado por Médicos del Mundo (2010), quienes emplearon un dispositivo territorial móvil para éstas en distintos puntos de CABA, detectando: enfermedades respiratorias; dolencias musculares; infecciones cutáneas; malestares digestivos; consumo problemáticos de sustancias, sufrimiento mental, siendo la accesibilidad a los servicios socio-sanitarios algo frecuente.

Por su parte, Güelman et al. (2023) han investigado la accesibilidad al sistema de salud durante la pandemia caracterizando algunos aspectos: bajos niveles de educación formal interrumpida durante la niñez y la adolescencia asociada a la vulnerabilidad socioeconómica, al ingreso al mercado laboral -entre los varones- y a la necesidad de hacerse cargo del cuidado de otros -entre las mujeres-; alternancias entre la SC, ingreso a un parador, hogar o alquiler por un plazo corto; elevada incidencia del consumo problemático de drogas o sustancias legales; privación de la libertad; haber sido víctimas de abuso sexual y de situaciones de violencia familiar; hechos de violencia interpersonal que les produjeron

lesiones físicas; violencia de género; situaciones de ruptura o interrupción de vínculos significativos. Afirmaron que cuando requieren de algún tipo de atención médica acuden a hospitales o CeSAC, empero, concluyeron que la accesibilidad al sistema presenta numerosas barreras: horarios acotados; ubicación de los dispositivos; reglas internas de funcionamiento; prefieren no recurrir ya que sienten vergüenza y miedo; demoras en la obtención de turnos; las largas esperas o directamente por no haber sido recepcionadxs.

Existen estudios que se sitúan en el campo de SM y el consumo problemático de sustancias. En EE.UU, Padgett et al. (2012) investigan las experiencias adversas de los padecimiento mentales graves teniendo como antecedentes la falta de vivienda y el uso de sustancias. Concluyen que la falta de vivienda es un eslabón de otros desencadenantes previos como el abuso de sustancias; el encarcelamiento; tendencias suicidas, abuso infantil y múltiples pérdidas de redes socioafectivas que se entrelazan a otros factores como los problemas de salud en general; la pobreza, el aislamiento social y el estigma.

Otras investigaciones han puesto el acento en la causa-efecto de los padecimientos mentales y la SC como el caso de España. Se estimó que el padecimiento de múltiples sucesos vitales estresantes lleva a una percepción subjetiva muy negativa de la propia salud o de los problemas derivados por el consumo de alcohol, lo que genera un efecto de “la puerta giratoria”, es decir, estar en SC. Por ello, consideran que los tratamientos de salud son prioritarios e impulsan trabajar con las barreras que dificultan el acceso a los recursos de salud de las personas que se encuentran en exclusión social (Roca et al., 2019).

Desde Sudamérica se enfocan en la SM y la SC desde una perspectiva de derechos. En Brasil, Couto y Botazzo (2023) se centran en estrategias de reducción de daños como una producción de cuidados pues se encuentran entre la invisibilidad que dificulta el acceso a las condiciones materiales de vida y la hipervisibilidad que produce acciones discriminatorias y vulneraciones; lo que lleva a encontrarse asímismas creando conexiones y redes de apoyo que permiten mantener su existencia a través de estrategias que dan placer como el sexo, las buenas charlas, el consumo de sustancias, como las dinámicas de las relaciones afectivas.

En Argentina, Di Iorio (2023) entiende que la relación entre entre la SC y la SM es multifacética y no lineal; debido que las relaciones entre las personas, los grupos y los contextos en el que predominan las vivencias sistemáticas y persistentes de violencias estructurales, físicas y simbólicas tienen un impacto subjetivo y/o sufrimiento psíquico; por tal, la singularidad da cuenta de los usos, significaciones y valoraciones que hacen en su vida cotidiana, distinguiendo dimensiones físicas, sociales y afectivas, es decir, el tipo de vínculo que establecen con las personas, las instituciones y los espacios por los que circulan.

En relación a la SC y el género es importante señalar que existen pocos estudios que profundicen sobre esta intersección.

Según Gentile (2008) predominan “diferentes niveles de silencio” porque la SC se analiza desde los procesos de empobrecimiento, desigualdad social y determinantes de clase y no como la naturalización de la división sexual de los espacios sociales, por lo tanto, se dedica a investigar a cómo el género y las relaciones sociales de poder influyen en la SC, interpelando a niñas, niños y adolescentes. Observa que los motivos que condujeron a la SC son: la violencia física; la situación económica; el conflicto familiar -sin ejercicio de violencia física y el aburrimiento, siendo la violencia -acoso/abuso sexual- la que más afecta a las niñas. En la calle, las adolescentes están más expuestas a convalidar su uso del espacio público, viéndose afectado su cuerpo y su sexualidad al tener que legitimar situaciones de agresiones y abusos sexuales; se ven en la obligación de emplear actitudes como despliegue físico, disposición a la pelea, uso de la fuerza, actitudes desafiantes como modo de relacionarse y esconder el miedo. Los varones serían más proclives a estar expuestos a otro tipo de riesgos, ligados a las respuestas institucionales represivas como también a la necesidad de confirmar su virilidad como valoración para la supervivencia en la calle.

Por su parte, Bogliano (2022), en su tesis de Maestría denominada “De la calle, la libertad y otras hierbas” se propone analizar las prácticas y experiencias vitales de lxs usuarixs del “Paco” que se encuentran en SC para lo cual hace hincapié en la agencia de las personas. Sus aportes marcan una distinción en cuanto a la construcción de identidades de género mediante los “estilos de presentación” en el espacio público. Dichos estilos evidencian estereotipos de género que marcan diferencias frente a los sufrimientos implícitos, ya que las mujeres son señaladas con diferentes estigmas por ser usuarias de drogas. Observa que las mismas adoptan estilos masculinizantes -la indumentaria, su modo de hablar y lo gestual-, y otras; pretenden realzar los atributos corporales. Quienes adoptan un estilo masculinizado parecen vincularse a tareas de cirujeo, de comercio de sustancias psicoactivas, robos/hurtos en pequeña escala; quienes presentan un estilo más feminizado incluyen entre las actividades la prostitución. Considera que las mujeres suelen recibir sanciones y prejuicios morales porque se realza el hábito del consumo de sustancias y se desconsidera sus condiciones sociales desfavorables, como la pobreza y vulnerabilidad social. El estereotipo de mujer, madre, sostén del hogar, se contrapone con la imagen de una mujer libertina que prefiere satisfacer sus vicios. En el caso de los varones, han perdido el rol paterno/proveedor por su condición de adictos, por lo tanto, lo que se espera en lo mejores de los casos es que puedan abandonar la familia.

Muchos de estos aportes son profundizados por Tortosa (2020) quien se dedica a describir las trayectorias de vida de mujeres en SC. Intenta plasmar cómo las estrategias de supervivencia impactan en su salud a partir de los circuitos que emplean y las lógicas que imponen las políticas sociales. Hace hincapié en los aspectos socioeconómicos, culturales y que ante la aparición de determinadas enfermedades, síntomas, etc., cómo se relacionan con el sistema de salud y cómo ellas desarrollan sus saberes. A su vez, se dedica a dar comprensión sobre las tramas que incidieron para que la SC se manifieste como el resultado de múltiples problemas. Además, intenta pesquisar estereotipos de género asociados a las feminidades; y pone eje en sus derechos y ciudadanía. Unos de los aportes valiosos es el análisis del concepto transversal del PSEAC que le permite enriquecer las historias, las trayectorias en salud y la producción de los cuidados.

Por último, en su tesis de Maestría “Mis decisiones me trajeron hasta acá”, Pelagagge (2024) da cuenta de las experiencias de las mujeres en SC a partir de los efectos que han producido las políticas neoliberales y los resultados de la feminización de la pobreza. Desde ese escenario, reflexiona los motivos que han llevado a las mujeres a “decidir” participar de las dinámicas de la calle, relevando la importancia entre la agencia y las estructuras, los modos en que ambas se construyen, transforman y condicionan en esas experiencias. Concluye que la SC no se presenta como un espacio de excepción sino que es una posibilidad más en un contexto de crisis instalada como régimen, cómo un modo en que se materializan los procesos neoliberales desde abajo y los márgenes en interjuego con el género.

Estructura de tesis

Esta tesis se divide en tres capítulos y una conclusión final. El primer capítulo hace énfasis en algunas historias, los lugares de dónde provienen y las situaciones que ellos identifican para que la calle se presente como un lugar de supervivencia; los circuitos que realizan para acceder a necesidades básicas como también a sus estrategias dentro de las economías informales. Finalmente, se describen las demandas y consultas más detectadas, así como los grandes dilemas que se han presentado a la hora de querer abordar las mismas. En este apartado me aboco a analizar específicamente la situación de salud de los varones y dar cuenta cómo el género los atraviesa en su salud.

El segundo capítulo reconstruye la situación de las mujeres tanto por sus demandas como por las veces que se han referenciado con nosotrxs en el CeSAC. A través de sus situaciones intentaré dar cuenta cómo el género las coloca en una condición de sumisión en

relación a los varones que también se encuentran en SC a partir de la reactualización de lógicas naturalizadas que se imponen socialmente, lo que permite visibilizar que los efectos en la salud son totalmente diferenciadas y desiguales. Para fundamentar estas diferenciaciones recurro al análisis de cómo se relacionan con las instituciones de salud, esto refleja que se ven atravesadas por procesos de racialización en sus cuerpos y subjetividades, a partir de ciertas creencias que se sostienen y se imparten sobre las mismas.

El tercer capítulo se centra en analizar los efectos de la construcción social de los géneros y en cómo estas identificaciones inciden en su salud integral a partir de las relaciones sociales o vínculos afectivos que crean y recrean mediante el amor y desamor. Esto permite dar cuenta que prevalecen ciertas heterogeneidades y variaciones que inciden para que la calle se presente como una extensión de ciertas redes de sostén que, contienen y condesan a la vez, ciertos dolores, sufrimientos, ideas del amor romántico y sus implicancias. Estas cuestiones ponen en tensión ciertas presunciones acerca de que la SC se presenta linealmente ante la falta de vivienda, por el contrario, mediante sus experiencias amorosas y de desamor, la SC emerge como un escenario propio de quienes se encuentran en los márgenes, por lo tanto, es allí donde se ven los efectos propios de un sistema capitalista desigualitario, en el modo en que reproducen sus condiciones de vidas, pero también, por los efectos del orden político patriarcal.

Finalmente, estos tres capítulos permitirán dar cuenta que la SC como fenómeno propio de las estructuras desigualitarias, que ante la sociedad y las instituciones de salud se presenta de manera uniforme, es totalmente dispar por el sometimiento de mandatos, roles y estereotipos que, aún en un escenario desigual, determina diferentes modos de vivir y de morir. Para las masculinidades de los márgenes, los costos del sostenimiento del mandato de la masculinidad no sólo será determinante, asimismo, los efectos en su salud genera consecuencias que -paradójicamente- son socialmente esperadas. Para las mujeres, como parte de las lógicas patriarcales donde se suele colocar a las mujeres se espera que estén en condición de sumisión. En un territorio con reglas propias de la masculinidad hegemónica, se ven sometidas a múltiples opresiones y violencias generizadas que agravan ferozmente su salud.

Capítulo I: “Si flaqueas sos carnada”

En este capítulo describiré a las personas que asisten a la parroquia, haciendo hincapié en algunas historias y los motivos que han incidido para encontrarse en SC, los circuitos y algunas estrategias que emplean para subsistir en estas condiciones. Luego, me centro en los problemas de la salud detectados a partir de los modos en que las personas describen, interpretan y manifiestan los mismos. Por tal, en este apartado me dedico a describir la salud de los varones y cómo desde sus percepciones han solicitado atención, cuáles han sido las mayores prevalencias, como los riesgos que asumen y afectan a la misma.

“No somos parte de la sociedad”

“Estaba finalizando junio del 2021, había comenzado el invierno, sentía mucho frío. Una parte del equipo se había quedado en el hospital, otra estábamos en la parroquia. Hacía un par de semanas que habíamos finalizado las recorridas por las ranchadas del Hogar,¹⁷ por lo que las discusiones giraban en torno a cómo continuar. Un mes atrás, se había dado la asunción de un cura joven, Coqui, quien insistía en que trabajemos allí, ya que aludía querer “cambiar” algunas cuestiones.

Nos encontrábamos junto a Mechi -residente de SM- paradas en el patio cuando nos chista un varón sentado debajo del quincho: “¿Qué hacen ahí muriendo de frío? Tienen que aprender a refugiarse, por qué no toman algo caliente”. Nos señala unas sillas, quienes estaban alrededor de la mesa nos hacen lugar. “Acá tienen la pava” nos señala las tazas, el té y mate cocido ubicados en el centro. Se presenta como Cristian, nos preguntó nuestros nombres, le dije “soy Maru y ella Mechi”, su compañero de al lado se anunció como Eduardo, nos preguntó si veníamos a lavar la ropa. Todxs rieron, uno miró hacia el cielo que estaba totalmente nublado y dijo: “con el frío que está haciendo y el cielo así no se va a secar nada. ¿Ustedes son las que estaban vacunando hace unas semanas atrás, no? Pero ahora ya pasó el Covid, nadie más se va a vacunar”. Corroboramos sus dichos, ya que nadie solicitaba vacunarse: “Entonces, ustedes ¿qué hacen acá?”. No lo sabemos, le digo, queremos ver de hacer algo pero no sabemos qué. Se miraron entre sí. En eso, sale de la cocina un varón: “¿así que son de salud? Sabes

¹⁷A mediados de abril, el frío se acercaba lentamente, decidimos llevar a cabo una vacunación contra la gripe. Unas semanas previas comenzamos a percibir cierto rechazo por parte de las familias así que sólo atinamos a saludar desde lejos y no detenernos, empero, esta actitud la observamos también en otras *ranchadas*. La recorrida semanal se hacía corta, con cierto desazón, no entendíamos los motivos. El día de la campaña, nos ubicamos en medio de la cuadra con el fin de establecer un punto intermedio, cuando comenzó una enorme pelea donde se arrojaron varios objetos, poniéndonos en riesgo a varias de nosotras. En el marco de unos minutos se acercó la policía y todo se violentó aún más. Entre los disturbios, la encontramos a Murria (de ella hablaré más adelante) quien nos comentó que unos días atrás se había acercado un representante del Espacio Público e Higiene Urbana de la Ciudad, dejando entrever que en una parte del parque se iban a realizar obras edilicias, por lo tanto, iban a ser desalojadas. A los dos días de ese hecho, las *ranchadas* fueron intervenidas y dispersadas..

todas las pendientes que tengo para hacer pero nadie me da bola". Cristian le insistió que se presente. *"Ah! Soy Alejandro, el cocinero"* se volvió a meter en la cocina. Algunxs nos dijeron que de salud tenían pendientes "millones de cosas" pero que en "su situación" no importaba mucho, con un gesto corporal Eduardo levantó los hombros: *"ya como que ni me acuerdo de mi salud, así que ni sé por dónde podrían empezar"*.

Eduardo (21 años) fue uno de *"los pibes de la calle"* con los que me vinculé desde un comienzo. Cuando supo que era TS me solicitó un informe social para acceder a un subsidio habitacional. Alquiló una habitación cercana a la parroquia -sólo por un tiempo- y eso permitió que lentamente me vaya contando su historia. Hacía un año y medio que estaba en SC desde que había comenzado la pandemia. Me contó que desde los 13/14 años andaba en las esquinas *"y eso me trajo muchos bardos con mi familia, le hice mucho daño a mi mamá, así que un día se fue, se volvió a su pueblo en Santa Fé. Un día cuando yo me sienta bien la voy a ir a visitar así ve que su hijo pudo cambiar"*. Durante todas nuestras charlas siempre me preguntaba cómo mejorar, cómo hacer para sentirse bien; su deseo era que ese día llegase.

Para ese entonces, Cristian (42 años) y Alejandro (53 años) eran dos varones en SC que habían asumido la organización de las dinámicas, ya que producto a la pandemia la parroquia había perdido a su grupo de voluntarias mujeres quienes dejaron de asistir. A esto se le sumaba la llegada de Coqui, quien se había presentado como un cura con experiencia de trabajo en las Villas de la zona sur de la Ciudad, que proponía algunas reorganizaciones: dar de baja el cable de la tele para *"que no se distraigan y socialicen más"*; llevar a un equipo de Sedronar¹⁸ para que aborde el consumo problemático de sustancias, que ante la falta de voluntariado sean ellxs mismxs que se encarguen de la organización¹⁹, *"hay que ayudarlos a que tengan responsabilidades"* y convocar a otras instituciones/organizaciones barriales, como en nuestro caso²⁰.

¹⁸ Es la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina, organismo a cargo de coordinar políticas públicas enfocadas en la prevención, atención, asistencia y acompañamiento de personas con consumos problemáticos de sustancias, que tiene varios dispositivos de atención en todo el territorio nacional.

¹⁹ Aunque después de un tiempo, Coqui se abocó a buscar voluntarixs. Así comenzaron a llegar un grupo de mujeres que formaban parte de la Red de Caritas, vecinxs del barrio, incluso, comenzaron asistir alumnx de 5to año de una escuela secundaria de la CABA, cuyo objetivo era trabajar en tareas comunitarias como parte de su currícula escolar. Estos cambios promovieron otras dinámicas. Una dupla se encargaba de organizar las duchas, de proveer los insumos para bañarse, como también entregaban ropa limpia. Otrxs, preparaban y servían el desayuno, paralelamente otrxs iban elaborando el almuerzo. Mayormente lxs alumnx se encargaban de organizar las donaciones de ropa, por talla, edades, etc. En efecto, esto le brindó otras herramientas al dispositivo asistencial y consolidó el rol de Coqui allí.

²⁰ Cabe aclarar que, si bien no forma parte del objetivo de esta tesis analizar la relación entre el Estado-la Iglesia, es necesario enunciar que en dicha relación opera una alianza altamente cuestionada como lo es la asistencia y el asistencialismo, tal como sostiene Zapata (2005) *"la Iglesia Católica y el Estado argentino han sido protagonistas principales aliándose, enfrentándose, fundiéndose y escindiéndose en el campo de la ayuda social"* (p.24). Asumir nuestro lugar allí fue altamente debatido al interior del equipo, incluso, ha implicado un desafío demostrar a lxs referentes de la institución y a las personas asistentes, que "nuestro objetivo" no estaba ligado al asistencialismo.

Efectivamente allí se daban dinámicas relacionadas a quién llegaba lo más temprano posible para agarrar uno de los cuatro lavarropas para lavar *“hermano hace más de 10 minutos estás centrifugando la ropa”*; de los días de frío acceder a una ducha caliente *“sí no llegas temprano, dormiste, a las 10 de la mañana el agua empieza a salir helada, y esta es mi única ducha semanal”*; de quiénes se habían *“hecho las señoritas”* ya que no lavaban sus tazas y platos usados; de quiénes ayudaban a dejar todo ordenado, a barrer, a pasar el escurridor y el trapo; de las miradas, insultos y amenazas que se daban cuando desaparecía ropa de los tenders, de sus mochilas o incluso cuando se habían *“hecho amigo de lo ajeno”* llevándose utensilios de la cocina u otros insumos, como por ejemplo, en una ocasión la bomba de agua lo que produjo que no funcionaran las duchas, *“dicen que ahora nos van a revisar, por culpa de alguno de estos gatos, pagamos todos, yo no vengo más”*.

Quienes asistían provenían esencialmente de barrios segregados, de familias numerosas, de múltiples necesidades insatisfechas que no sólo hacían referencia a la falta de alimento, de vestimenta, de asistencia a la escuela, repetitivamente hablaban de la falta amor, de cariño, de cuidados. Principalmente eran varones de diferentes rangos etarios: jóvenes entre 20 y 35 años, quienes tenían menos alrededor de 3 y 4 años en SC y de 40 años en adelante que llevaban más de 10 años en SC, la mayoría proveniente de diferentes barrios segregados o asentamientos del noroeste del Conurbano Bonaerense, sobre todo J.C.Paz, Derqui, Morón, Moreno, Pilar y de algunas provincias como Chaco, Jujuy, Santa Fé y Córdoba. Respecto a los estudios, gran parte había finalizado la primaria y otrxs el secundario, algunxs con cierta vergüenza comentaban no saber leer ni escribir. Mayormente se desempeñaban en el cartoneo, pelar cable y vender cobre, cuidar coches. Muchxs habían estado prescindidos de su libertad, tenían causas judiciales, estaban esperando sentencias o tenían que realizar trabajos comunitarios *“de estar preso a la calle, nadie me estaba esperando, nadie esperaba nada de mí”*. La mayoría no contaba con DNI, aludían haberlo perdido o que se lo habían robado, muchas veces no insistían gestionarlo de nuevo *“ya ni sé para qué me sirve eso”* o bien como me contarían que *“en algunos lugares por vender la identidad te tiran unos pesos”*, que ante mi asombro me dijeron que *“se notaba que no tenía calle, que esto era más frecuente de lo que podía imaginar”*.

Respecto a las mujeres, eran minoría pero sostenían otra frecuencia en la parroquia. Sus edades oscilaban entre 20 a 25 años, entre 35 y 40 años, también provenientes de esos barrios. Mayormente venían acompañadas por un varón, en contada ocasiones se han acercado solas a bañarse, lavar la ropa, desayunar y almorzar, se sentaban solas, en algún rincón e interactuaban con muy pocas personas. Sus historias (profundizaré en el segundo

capítulo) reflejaban otras marginalidades y vulneraciones extremas como también, sus estrategias para evadir y/o eludir a una institución estatal como lo es la salud pública, la cual en reiteradas ocasiones ha cohesionado dañando sus existencias, dejando huellas irreparables.

Ponderadamente circulaban alrededor de 30 personas para usar los servicios que la parroquia ofrecía, en especial el lavado de ropa y las duchas, muy pocas se quedaban en el almuerzo aunque variaba según las estaciones del año y/o clima, lo que podría incrementar a más de 40 personas volviéndose multitudinario en un lapso de 6hs ya que principalmente abría de 7hs a 13hs. Hemos observado que durante el invierno era bastante concurrido como los días de lluvia, durante el verano algunos se iban a realizar changas a la Costa Atlántica. Algunos han sostenido su participación con mayor frecuencia, otros esporádicamente, otros no han regresado más. A medida que fue pasando el tiempo y *“se corrió la bola que un equipo de salud acá nos puede atender”* se han acercado de varios lugares, permitiendo vincularnos de otra manera, incluso, yéndonos a buscar en reiteradas ocasiones al CeSAC para charlar, tomar algo, compartir sus historias de vida.

Muchxs nos expresaban sus dolores y penas frente a los rechazos familiares, *“nunca me quisieron, ni siquiera me pudieron inscribirme como hijo, siempre me despreciaron”*; *“ahí tenes de donde colgarte, hacelo de una vez, mi hermano me descolgó, es que mi mamá estaba muy cansado de mí y de mi consumo, ya no sabía más que hacer”*; *“esa mujer de la que no puedo hablar como mamá, lo que dejaba que esos que decían ser mis tíos me hicieran”*. Muchxs de *“los y las pibas de la calle”* han tenido infancias marginales, de carencias y de vulneraciones que hicieron de la calle un lugar para sobrevivir.

Gentile (2008) entiende que las relaciones sociales de género se combinan diferencialmente entre las generaciones de adultxs-niñxs y las situaciones de pobreza por la que se ven atravesadxs, como consecuencia, se generan distintas significaciones y prácticas asociadas a los espacios sociales de la casa y de la calle, que condicionan tanto el hecho como las maneras en que se produce la salida del hogar. Fundamentalmente, del lado de las mujeres, los inicios de estar en SC estaban relacionados a la sobrecarga de cuidados de sus hermanxs más pequeñxs, a situaciones de pobreza extrema, pero sobre todo, a situaciones de abusos intrafamiliares y maltrato infantil. Del lado de los varones, las experiencias de estar en la calle comenzaban en las esquinas de sus barrios a partir de los 8-9 años en adelante, del reforzamiento de estereotipos ligados a lo público o de motivos relacionados con la pobreza, la violencia sufrida hacia el interior de sus familias, de la percepción de desamor o desinterés y el aburrimiento o gusto por la calle (García Silva, 2014, citado en Pelagagge, 2024). Muchxs aludían que en esas esquinas habían comenzado sus problemas, especialmente los

relacionados con el consumo de sustancias y de alcohol, de experimentar hurtos o haber terminado presos, de haber roto vínculos con sus familias, de tener amenazas y no poder volver, incluso, algunos reforzaron no hacerlo ya que *“sería caer otra vez en la rueda”*. De algún modo, esos escenarios les llevaría a entrar en lógicas de las que buscaban alejarse.

En una ocasión, José (29 años) nos contó: *“bueno, vieron qué no somos parte de la sociedad. No sólo nos ignoran, no nos miran, nos patean, nos escupen, todo el tiempo te hacen saber que no hay lugar para nosotros”*. Al indagar sobre algunas de estas vivencias, una y otra vez referían sobre estas prácticas violentas hacia ellxs por quienes transitan la Ciudad, en los lugares que suelen pernoctar como los cajeros automáticos, bancos de plazas, alguna vereda, la entrada de un edificio, etc., las cuales eran reforzadas por la Policía y el dispositivo Espacio Urbano e Higiene. Estas violencias reiteradas coinciden con los supuestos de Di Iorio (2019) acerca que *“las PSC, como cuerpos no deseados y/o “fuera de lugar”, configuran nuevas territorialidades a partir de los modos en los que circulan, lo que legitima el control social sobre el espacio urbano”* (p.11).

Sucesivamente nos han contado de las intervenciones policiales, de los golpes recibidos -que incluso hemos tenido que atender-, de las miles de veces que les llevaron sus pertenencias recolectadas, de que se han quedado con lo puesto e implicaba comenzar una y otra vez. A “Cachete” (38 años) se le cayeron varias lágrimas al narrar cómo le habían incendiado su colchón y otros objetos para sacarlo debajo del puente, *“sabes la bronca que tengo, estoy muy cansado de esto y no podía hacer nada porque me iban a llevar preso”*.

Estos relatos mostraban los impactos que constantemente acarrea sus supervivencias, como las sensaciones que generaban los actos de discriminación, estigmas, marginalización y racialización hacia ellxs. En una oportunidad, Gía (25 años) me comentó que hacía semanas junto a Amadeo (22 años) -su pareja- venían buscando alojamiento pero *“somos portadores de cara, ya nadie nos va abrir una puerta”*. En similitud, “el Chaqueño” (38 años) con desazón me comentaba que estaba citado por un juez al que le quería plantear si le podía ofrecer un trabajo y un alquiler para *“comenzar de una vez con su vida”* ya que desde los 12 años estaba en SC sin tener oportunidades efectivas.

Asimismo, sus diégesis estaban relacionados con dónde conseguir comida, de los comedores y de los lugares que repartían viandas, de los restaurantes que les podían ofrecer algún resto, de los container dónde podían revolver la basura y encontrar comida -en muy mal estado, hasta con gusanos, como nos han contado-. A su vez, de cómo lidiaban con el clima, afirmaban que los peores días eran los de lluvia *“que se te moje el colchón o estar empapado por horas y no poder cambiarte”*, *“buscar algún lugar con techo y que no te rajen”*. Sin

embargo, el mayor desafío se presentaba cada invierno. Había comenzado la primavera cuando Adrián (34 años) verbalizó: *“estoy contento, le gané otra batalla al invierno”* quienes estaban allí asintieron que *“era la parte más cruel del año pero también los veranos”*.

En ese marco, hacer énfasis en la salud parecería ser intrascendente pero era innegable que la SC incidía significativamente de diversos modos, desde la gradualidad al deterioro como a síntomas específicos, agravados muchas veces por el consumo problemático de sustancias y/o alcohol. Sus situaciones cristalizaron un modelado de los padecimientos por las condiciones sociales de vida y su carácter colectivo (Cantor, Torricelli y Valero, 2023).

“Hasta dónde mis pies me lleven y aguanten”

Tanto en el Hospital como el CeSAC, se puede observar cómo las personas llevan a cabo las gestiones de sus malestares, en cómo las presentan frente a lxs profesionales, qué hacen al respecto, qué recursos y estrategias ponen en juego y cómo se vincula ello con sus perspectivas en torno a la salud y la enfermedad (Cunzolo, 2022). En cambio aquí, conllevó un ejercicio constante de interpretación sobre el modo en que los síntomas, enfermedades, el nombramiento de determinados problemas e impactos subjetivos/corporales, adquirirían sentidos específicos dentro de ese contexto situacional²¹.

En cuanto a los cuadros clínicos, nos hemos topado con infecciones profundas en la piel, lesiones traumatológicas, dolores agudos estomacales, infecciones bucales, cortes, golpes, cuadros respiratorios, entre las más prevalentes que tomaban un matiz particular cuando eran analizadas desde una perspectiva de género e interseccional²².

Mediante estas perspectivas se puede contemplar la combinación de las masculinidades, los determinantes sociales de la salud y por qué producen diferencias entre los varones (Griffith, 2012, Citado en Gomes, Couto y Keijzer, 2020), lo que refleja mayores tasas de mortalidad y sus cortas expectativas de vida arraigadas a riesgos y consecuencias de

²¹ Nuestra llegada como equipo de salud fue difusa y durante un tiempo nos preguntamos qué cuestiones efectivas nos motivaron a permanecer allí. Construir ese “espacio de atención” implicó familiarizarnos con dinámicas, aprender a escuchar historias altamente marginales, a callar, a retirarnos de determinadas escenas, es decir, a ingresar a un universo de significados desconocidos incorporando el sentido y significado que lxs sujetos dan a sus sufrimientos (Menéndez, 2008).

²² Para Menéndez los PSEAC pueden visibilizar enfermedades y padecimientos que en la contradicción de la realidad se ocultan y aparecen racionalizados, “la enfermedad no es sólo una enfermedad, da cuenta de toda una serie de problemas que pueden ser económicos, políticos, ideológicos y a veces lo delata mientras los especialistas en esos problemas no lo pueden ver” (2015, 20 de abril). Estas peculiaridades dimensionan aquello que con ímpetu el MMH se regocija como patrimonio de un saber-hacer-reconocer pero carecen de sentido si no contextualizadas del escenario que las fomenta y que favorecen a la aparición de determinados síntomas, enfermedades y problemáticas de salud, agudizadas por los estigmas, discriminaciones, sanciones sociales e institucionales que deben afrontar, asumir, padecer, agravadas por la condición de género. En este sentido, tal como sostienen varios autores las construcciones sociales de género condicionan las modalidades en que varones y mujeres protegen su salud, perciben síntomas, transitan enfermedades, subjetivizan malestares, acceden a los sistemas de salud y toman decisiones respecto al cuidado de su salud (Esteban, 2006; Tajer, 2012; Pombo, 2012).

la interpretación de su identidad. Según Marcos-Marcos et al. (2020) una perspectiva de género puede explicar la mayor mortalidad o siniestralidad de los hombres o porque utilizan menos los servicios sanitarios debido a sus “concepciones y comportamientos asociados a la forma en que se construyen como hombres, y se representan como dominantes” (p.7).

Hemos observado que las demandas de atención no eran homogéneas y siendo varones que no han sido socializadxs para solicitar asistencia se han presentado de manera desconfigurada, “*no pido ayuda ni aunque me esté arrastrando*”. Según Heilman, Baker y Harrison (2017), persiste una caja de masculinidad donde rigen ciertas ideas como ser fuerte, rigidez, heterosexualidad, etc.; no obstante, serían la agresividad, la competitividad y la autosuficiencia las que contribuirían a que los hombres incorporen conductas violentas y temerarias en aspectos relacionados con la salud, como las relaciones con pares, familiares, la sexualidad, el uso de alcohol y otras drogas y el autocuidado (Keijzer, 2006).

Pese a esto, es significativo entender cómo los varones experimentan la raza, la etnicidad, la orientación sexual y otras estructuras socialmente significativas; siendo fundamental considerar cómo navegan por sus experiencias marginales ya que puede ser el lente a través de la cual entiendan las mismas (Griffith, 2018).

En principio, las incipientes demandas se daban en el marco de una charla y ante las sugerencias de “*quieres que te vean los doctores, no quieres subir así te atienden, etc.*”, favorecieron a que lentamente subieran al primer piso donde quedó ubicado el consultorio²³.

Una mañana nos encontrábamos junto a Pablo (médico) cuando subió a vernos Miguel (31 años) por una molestia bucal. Cuando lo crucé en el patio, su cara impresionaba sufrimiento por algún motivo, incluso, tenía sus ojos lagrimosos, “*no duermo desde hace dos días, me estoy muriendo de dolor*”. Estaba cursando una infección en unas de sus muelas que requería extracción. Pablo le dio un analgésico para varios días y le sugirió que pasada la infección se pueda acercar a un servicio odontológico para extraer la misma; “*¿y ustedes creen que me van atender? ¿a mí? No me van a dar bola, estas bocas no le interesan, les agradezco ya hicieron un montón*”. Pasadas dos horas, cuando lo volví a cruzar estaba más animado, bromeando entre pares, le dije: “*literalmente te cambió la cara*”, “*me salvaron, creía que iba a morir de dolor, los voy a recomendar*”.

²³ Cuando comenzamos a brindar atención, optamos por dividir el equipo. Una parte atendería y otra permanecería en el patio. Debido a lo experimentado junto a Pablo en el 2019 que a atendíamos en un rincón debajo de la galería sugerimos a Coqui que nos brinde un lugar más resguardado. Desde ese entonces se armó el consultorio. El mismo era compartido con la ropería, la dispensa de artículos de limpieza e higiene, y otro espacio similar al nuestro, los cuales estaban divididos por durlocks móviles, ya que durante la semana se utilizaba para otras actividades. Para observar la configuración de la parroquia ir al ANEXO I.

Una de las mayores demandas fue en relación a lo odontológico. Según la OMS (2022, 18 de noviembre), la salud bucodental puede producir “cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, gingivitis, enfermedades periodontales, caries dental, ausencia de dientes y otras enfermedades”. La misma se ve implicada por hábitos alimenticios, técnica de cepillados, asistencia a consultas periódicas, creencias culturales, estructuras desiguales socioeconómicas y de inequidades de acceso a los servicios odontológicos, como también, por los recursos necesarios para implementar prácticas preventivas que incluye contar con agua y un cepillo dental.

Hemos abordado una alta prevalencia y severidad de patologías bucales debido a la falta de acceso a esos recursos necesarios; sumado a que “las personas no tienen la información necesaria sobre lo que deben hacer y cómo hacerlo, para mantener una buena salud bucal, dejándose llevar por algunas creencias que ponen en riesgo su bienestar físico” (Lazo Meneses, 2017, p.56) pero sus saberes formaban parte de sus autocuidados. En más de una ocasión, ante las revisiones médicas de Sole y Pablo han sugerido que no higienizarse los dientes era una forma preventiva, *“es como si dejo todo eso alrededor -resto de comida-, me cubre, me cuida del dolor”*.

El dolor es un hecho social, y las interpretaciones que hacen las personas, son “interpretaciones que se construyen emocional/corporal y dialógicamente en las interacciones” (Heredia, 2017, p.143), y se profundiza cuando se ve atravesada por situaciones de marginalidad, por la condición de género, por prácticas racializadas desde el sistema de salud que agravan, en este caso, a la salud bucodental.

A su vez, muchos dolores estomacales estaban arraigados a esa marginalidad y se relacionaban con la alimentación, sobre qué podían haber comido o los días que llevaban sin comer. Solían asistir a comedores, lugares donde les brindaban viandas pero también revolvían la basura, ingerían alimentos vencidos o en un mal estado, hábitos alimenticios que normalizaron en su cotidiano.

¿Es normal sentir dolor al tomar licuados? ¿si comer fruta es algo indicado?”. Juan (41 años) nos comentó que de vez en cuando visitaba a su familia y ese era el momento en el que podía hacer usufructo de alimentos que en la calle no podía, le encantaban los dulces y los licuados. Relató que solía poner todas las bananas que cupiesen en la licuadora a lo que le sumaba una buena cantidad de azúcar, *“es que lo hago así, porque no sé cuando se me va a presentar nuevamente la oportunidad, a veces no me dejan entrar”*.

“Sabés, si cierro los ojos y me concentro es cómo puedo sentir el aroma de sus comidas”, expresó Sebastián (32 años) cuando nos encontrábamos charlando apoyadxs contra

la pared en el patio. Se quedó en silencio por un rato, miró al piso con cierta desazón y tristeza, *“ahora, cuando me despierto tomo Pepsi o lo que pueda regatear para engañar al estómago, ¿qué me pasó?”*. Muchxs solían recordar almuerzos o cenas compartidas con sus familiares que solía traer cierta melancolía como también sentir que a lo largo de sus vidas nadie les había preparado algo de comer con *“dedicación y cariño”*.

Otros dolores fueron los musculares que devienen por sus posturas de descanso. Básicamente dormían sobre el piso, un cartón, un colchón en mal estado, un container, una silla, el banco de una plaza, en algún auto abandonado; todo indicaba que las contracturas musculares eran producto de su modo de sobrevivir, con lo cual, una de las mayores solicitudes eran algún tipo de analgesia para soportar ese dolor; pero también se sumaban cuestiones que afrontan en las noches como los robos, golpizas, intervención policial, lluvias, frío, demasiado calor, que generan degradaciones mentales por no tener horas de descanso.

En una ocasión, “el Jujeño” (32 años) me comentó que se acercó a la guardia de un hospital donde le realizaron una radiografía por su dolor lumbar. Me mostró las indicaciones médicas que le sugirieron: *“antiinflamatorio acompañado de reposo con postura alineada y almohada entre las piernas por tres días”*, tenía que sacar turno para comenzar kinesiología y si no funcionaba tenían que evaluar una posible operación. Me miró, primero hizo un gesto corporal, levantó sus hombros y sostuvo: *“no me preguntaron nada sobre mí ¿qué reposo?, les iba a pedir si no me pueden dar un Diclofenac”*.

Leandro (39 años) me comentaba: *“dormís con ojo, así como te lo cuento es, él que piensas que es tu amigo, el que salís a cartonear, a vender, a revolver basura, ése es el que te puede estar afanando mientras dormís, por eso te lo digo, prácticamente no me acuerdo cuando cerré los dos ojos, quizás cuando los cierre sea por última vez”*. Constantemente sufrían robos de sus pocas pertenencias o de lo que llevaban puesto, *“al abrir los ojos me estaban sacando las zapatillas”*.

Por otra parte, las lesiones en la piel eran las demandas de mayor frecuencia. Las mismas cobraban sentido y eran producto de la falta de alimentación adecuada, de la falta de acceso a la higiene, de las condiciones en las que dormían y por las prácticas de consumo. Se han atendido lesiones que presentaban infecciones o cortes superficiales y/o profundos por revolver basura, descamaciones, resequedad, quemadura en dedos por usar canuto, escabiosis, psoriasis, hongos, heridas y golpes, entre las prevalentes.

Una mañana calurosa de verano se acercaron bastante de ellxs a consultar por lesiones en los pies. Lucas (26 años), ingresó como pudo, caminando con dificultad y con expresión de mucho dolor. Al colocar sus pies sobre una silla, observamos enormes ampollas que

impedían apoyarlos. Debido a la ola de calor extremo, la falta de acceso a poder ducharse y “la ranchada” se ubicaba cercana al aeropuerto y al Río de la Plata, decidieron meterse al río, “*caminamos por el asfalto, por las rocas y nos metimos, sólo buscábamos poder refrescarnos un poco*”. Lxs médicxs evaluaban cortar las ampollas lo que ayudaría a drenar. Lucas comentó que no tenía un calzado adecuado, en uno de sus hombros llevaba colgado un par de zapatillas que no eran de su talla, “*lo mejor sería que te pongas unas ojotas así los pies están aireados y pongas los pies en remojo pero ahora vemos cómo hacemos*”, le dijo Pablo. Lo ayudamos a bajar. El resto de la mañana quedó bajo una sombra con los pies dentro de una palangana con agua, al rato dijo sentirse más aliviado y que debía ponerse una crema que le habían entregado. Una voluntaria le había entregado un par de ojotas.

Hemos recibido muchas consultas sobre lesiones en los pies vinculados a los calzados. Muchxs de ellxs caminan por toda la Ciudad, recolectando cartones u objetos que hacen en las peores condiciones, no sólo climáticas, además, con calzados inadecuados, mayormente donados o encontrados en contexto de cirujeo. Una vez, observé a Emanuel (42 años) durante un tiempo prolongado en la misma posición: recostado, apoyando su espalda en el suelo, con los pies mirando hacia el cielo, “*es que me duelen demasiado, sabes que pasa es que no tengo plantillas, así ando para todos lados, todo será hasta dónde mis pies me lleven y aguanten*”. Verdaderamente sus pies estaban muy lastimados. Junto a una voluntaria revolvimos los calzados donados pero no había de su talla. Le propuse a éste que busquemos un cartón, tomemos la medida de la horma de la zapatilla y hagamos unas plantillas, como una resolución precaria y provisoria.

Otra de las consultas sintomatológicas hacían referencia a picazones y/o irritaciones en varias partes de sus cuerpos que se relacionaban con los colchones, frazadas, el suelo, etc., lo que les solía producir escabiosis -sarna humana-. Quizás, este era el indicador de mayor degradación, que incluso ellxs mismxs buscaban ocultar o “*que el resto no se entere que tengo esto*”, aunque era muy difícil camuflar y soportar cierta picazón ante sus pares.

Una mañana se acercó Coqui, me dijo que Eduardo (21 años) había aparecido después de un tiempo, me estaba buscando. Me pidió que nos alejemos así nadie escuchaba lo que me quería contar. Estaba bastante desprolijo, desaliñado y sucio, poco común en él -más tarde profundizaré-. Nos ubicamos en una esquina de la canchita, se arremangó el pantalón, también me mostró parte de sus brazos, tenía bastante sarpullidos: “*para vos ¿qué tengo?*”. Le recordé que yo era la TS y que podrían revisarlo en el consultorio, “*no Maru, vos sabes*

qué hago de todo para que no me vean como un pibe en situación de calle. Vos me conoces, no puedo creer lo mal que estoy, lo mal que me veo. No quiero que el resto me vea así”.

Someterse a un tratamiento de escabiosis implicaba cambiarse de ropa, poner la misma dentro de una bolsa oscura y exponerla bajo el sol para matar el parásito, higienizarse lo más recurrente posible, evitar ciertos contactos, acompañado por la toma de una medicación. Para ellxs era un gran desafío realizarlo en la SC. Algunxs nos preguntaban si era necesario deshacerse de sus cosas, por ejemplo, el colchón que tanto les había costado conseguir. Por nuestra parte, intentábamos garantizar algunas cuestiones mínimas. Armarles mudas de ropa para que tuvieran durante la semana; proveerles las bolsas para los tratamientos; insumos higiénicos; lugares posibles dónde podían ducharse, hasta que regresarán al siguiente jueves para ver cómo había resultado todo.

“Siempre hay que mantenerse fuerte, otra no te queda”

En el tiempo, he observado cómo los varones se han esforzado por sostener estereotipos relacionados a esa caja de herramientas de la masculinidad que no se condice con los escenarios de reproducción de sus vidas. Si bien estar en la calle, como parte de la preponderancia histórica de los varones en la esfera pública (Gentile, 2008) conformaban los caminos señalizados para garantizar los privilegios que el sistema patriarcal les otorga, la SC les devolvía una imagen teñida de lo que verdaderamente implicaba formar parte de masculinidades marginales. A pesar de ello, en sus cotidianidades buscaban amarrarse a ese modelo internalizado que les exponía constantemente a riesgos, volviéndose más vulnerables de lo que se autopercebían.

Al respecto, De Keijzer (2006) considera que los hombres hablan de “el” cuerpo y no de “mi” cuerpo, como si fuesen tan solo ocupantes de ese instrumento por lo que la salud y el autocuidado no juegan un rol central en la construcción de su identidad pero si la misma influye en la salud. Sufrir y reprimir dolores, muchas veces agudos e inaguantables, hablaban de esa idea domesticada de “hasta donde el cuerpo aguante o de la cultura de aguante”, lugar donde suelen refugiarse los machismos, de ahí que la negación de los mismos eran sinónimo de *“aprendés a vivir así cómo se puede en la calle”*, y a partir de allí, acudían a diferentes prácticas que operaban como una “anestesia” de ese cuerpo.

En la SC, la exigencia de que los varones actúen de este modo se relaciona con su disposición a defender su reputación peleando o recurriendo a la fuerza física, como también, a la invulnerabilidad emocional, a mantener una apariencia de dureza y fuerza cuando en

realidad por dentro están viviendo emociones más vulnerables (Heilman, Barker y Harrison, 2017).

El registro de la violencia física era algo observable en muchos de ellos pero no siempre buscaban atención sobre la misma aun cuando nos acercamos con cuidado para consultar si se sentían bien o necesitaban algo. Nos comentaban de sus peleas callejeras y los diversos motivos. Muchos se dedicaban a cuidar coches lo que implicaba “pelear” por las esquinas y las propinas. Como el caso de Hugo (42 años), que llevaba varios días con una fractura de costilla producto de haberse caído desde su propia altura en el marco de una pelea, por ese motivo, no dormía hacía días del dolor que sentía, incluso al toser. Para otros, esos golpes recibidos constituían un riesgo aún mayor, como el caso de Ariel (24 años) a quien se le había infectado la herida una de sus manos, la cual se tuvo que drenar y realizar una limpieza para ver la gravedad de la misma. En el caso de David (32 años), había recibido una puñalada en una de sus piernas, llevaba días rengueando debido a una infección e hinchazón que le impedía arremangarse el pantalón.

Algunos se habían acercado a las guardias hospitalarias en busca de atención de la emergencia presentada pero quienes tenían indicación de regresar para no lo hacían. Otros, en cambio, evidenciaban lesiones en las que había que descartar fractura requiriendo la realización de placas, de modo que, debíamos derivar al hospital para que pudieran recibir una examinación correspondiente pero resistían.

Un mediodía, uno de ellos subió para comentar que abajo había un chico que no se sentía del todo bien así que Pablo decidió bajar. Unos minutos más tarde, subió bastante abrumado: *“no recuerdo haber visto algo así, creo que tiene varios dedos de ambos pies fracturados, y están tan hinchados y lastimados que no los puedo separar para evaluar bien, hay que derivar con urgencia a la guardia”*. Se le había caído un tablón sobre sus pies hacía una semana y no había consultado en ningún efector de salud. Le remarcamos la importancia de ser evaluado en la guardia así que llamamos al SAME, ya que podría tener secuelas producto de ese accidente, además, le sugerimos ir viéndolo los siguientes días para ver cómo seguía la lesión, empero, no regresó más.

¿Cómo llegaban a soportar tanto dolor? ¿Cuáles eran los motivos por lo que dilataban la atención de su salud? Inclusive, muchas veces, a sabiendas que tenían la posibilidad de recibir una atención allí preferían observarnos desde lejos.

A raíz de ello, comencé a registrar que se veían envueltos por ideas prevalecientes y entrelazadas que impactan aún más en sus saludes. Por una parte, los modelos internalizados sobre “la masculinidad” se ahondaron con los supuestos impregnados en el MMH respecto a

que “a los varones no les pasa nada”. Como consecuencia, no había más que esperar que sean ellos quienes se autoperciban como invulnerables y seguros de sí mismos aún en los escenarios de reproducción de sus vidas, visto que, generalmente no hablan de sus problemas de salud; porque constituiría una demostración de debilidad; de feminización frente a los otros y otras. Ello denota una feminización de la noción de cuidado de la salud (Váldez y Olavarría, 1998, citado en De Keijzer, 2006).

Por otra parte, esas ideas racializadas que operan en el sistema de salud en relación a “*los pibes de la calle*”, promueve efectos cruciales para que se autoperciban de tales modos. Si por un lado, se construye un sujeto generizado de masculinidad, por otro, se construyen preconceptos estereotipados de que “son violentos”, “intratables”, “drogadictos”, entre otros aspectos de cómo se los suele nominar, incluso, registrar en sus HCI. Lo que opera para el profundo rechazo, exclusión y como barrera de acceso a sus derechos de salud, reforzado por un discurso sobre quienes son merecedores de la atención de la salud. Lo que equivale decir, qué vidas merecen vivir y cuáles no (Franco y Merhy, 2016).

“*¿Vos sos la trabajadora social? ¿qué tenes para ofrecerme?*”. Así comenzó nuestro vínculo con Julio (57 años). Más allá de las representaciones sobre mi profesión ligadas a “la ayuda social”, era una forma de solicitar atención. Subrayó que tenía muchos problemas y que necesitaba una Pensión No Contributiva por Invalidez (PNC)²⁴.

Tenía dificultades severas para respirar, por momentos, aludía a las consecuencias de haber trabajado con tóxicos durante años en una fábrica, por otros, arraigo de su consumo. Sin embargo, llevaba años sin atención. Para acceder a la misma, debía cumplir una serie de requisitos que incluía su predisposición para realizarse estudios que demostrarán las secuelas en su salud. Finalmente accedió pero la dilatación de los tiempos de espera y su condición de calle incidieron para relegar los mismos y quedar atrapado dentro de los circuitos de las políticas: “*¿y a vos te parece que con la vida que llevo no tengo algo en mi salud?*”. Por su parte, una mañana, Alejandro (53 años) se acercó y dijo: “*mira, en la pandemia entregué todos los papeles y estudios para hacer la pensión del accidente que tuve -producto del mismo caminaba con severas dificultades- y nunca más tuve novedades, nadie me dijo cómo continuar con esto*”. Le dije que podíamos entrar a su usuario de Anses para ver el estado del trámite; lo que provocó un conjunto de emociones y reacciones confesando que todo estaba a nombre de la hermana con la que no se hablaba hacía un tiempo, “*¿cómo se supone que me voy a enterar si no tengo celular?*”, terminó volteando su bolso al suelo y pateó una silla.

²⁴ Se otorga a las personas con discapacidad que se encuentren imposibilitadas, en virtud de su condición de salud y vulnerabilidad social, para la plena inclusión, y que no posean un vínculo laboral formal.

Algunxs intentaron calmarlo, otrxs nos preguntaron si estábamos bien. Más allá que con el tiempo pudimos establecer un modo de relacionarnos distinto, sus situaciones expresaban muchas cuestiones que atraviesan la mayoría de las personas que transitan por el sistema de salud.

Históricamente ha prevalecido un lenguaje institucional, de comunicación y de registro que influye en las relaciones entre lxs profesionales y “pacientes” que tensiona el derecho a la salud y a la información en salud. Esta asimetría de poderes induce a un gran desconocimiento por parte de las personas respecto a sus propios diagnósticos: *“el médico me habla en otro idioma (...) me explica de una manera que no entiendo (...) no sé que tengo, me daba vergüenza preguntarle por qué me va a explicar de un modo que sé que no voy a entender”*. Asimismo, prevalece una enorme ignorancia por parte de los equipos de salud respecto a qué diagnósticos podrían favorecer a determinados recursos y derechos que otorgan el CUD²⁵ y las PNC, puesto que no se involucran en el acompañamiento, en la administración, en la gestión ni en la efectivización de esos derechos; muchas de estas discapacidades²⁶ conllevan una serie de estudios, pasar por diferentes servicios de salud y/o diferentes hospitales que debido a la demora de turnos²⁷ las personas se ven en la obligación de reiterar los circuitos o como sucede en muchos casos se abandona la gestión.

Estas aclaraciones son importantes para comprender cómo impacta en el acceso a determinados recursos e información en salud en las mujeres y varones en SC, ya que es un grupo que sufriría formas sistémicas de injusticia por prejuicios y una serie de estereotipos negativos que lxs acompañan en todas sus experiencias sociales, incluido sus itinerarios terapéuticos (Radi y Pérez, 2019).

Una vez, lo encontré a José Luis (29 años) saliendo de dormir del cajero automático ubicado en la puerta del hospital así que caminamos juntxs hacia la parroquia. El trayecto se hizo más largo de lo habitual a causa de su rotura de ligamentos en ambas rodillas. Años atrás había sido atropellado en la vía pública, con lo cual, estuvo internado un tiempo prolongado: *“no me podía ni mover, pensé que no iba a caminar más, hasta que me cansé de esperar, ¿qué tengo que esperar? Nadie me decía qué tenía, así que un día me levanté como pude y*

²⁵ Certificado único de Discapacidad que es otorgado cuando alteración funcional física, sensorial, mental o intelectual implica desventajas considerables para la adecuada integración familiar y social permanente, transitoria o prolongada de una persona.

²⁶ Se contemplan para el acceso a CUD y PNC las discapacidades visuales, mentales, auditivas, viscerales y motoras. La diferencia entre el CUD y PNC está puesto en los porcentajes de discapacidad y en el impacto de ese diagnóstico de salud en la vida cotidiana de la persona y en el desempeño del ámbito laboral formal. Contar con CUD permite el acceso a determinados recursos y servicios; la PNC incluye el acceso de un monto remunerativo de manera mensual.

²⁷ Como requisito, tanto para acceder al CUD y/o PNC todos los informes médicos y/o interdisciplinarios y los estudios tienen que tener una vigencia máxima de 6 meses, pasado ese tiempo se requiere volver a tramitarlos.

me fui. Cuando caí en otro hospital por otra lesión en el rostro -tenía una cicatriz desde su pómulo hacia la nariz- insistí para que me vean las rodillas y me dieran algo para el dolor que tenía, no aguantaba más y es que no me creían, hasta que me hicieron una tomografía y ahí me dijeron de mis rodillas. De ahí me fui a un hogar por un tiempo". Durante la permanencia en el campo, hemos escuchado muchos relatos similares que han marcado con ímpetu la falta de credibilidad que se le impone a ciertas personas según determinados rasgos raciales, características físicas, conocimiento del léxico "profesional", etc²⁸.

José Luis era una expresión de esa falta de credibilidad. Su aspecto físico, su tono de piel oscura, sus cicatrices, dificultades para expresarse, sumado a sus condiciones sociales, actuaban como barreras de acceso a la atención. Llevaba tres días durmiendo en el hospital para conseguir un turno en Traumatología, cuando le insistieron que debía sacarlo por medio del 147,²⁹ al comentar en Admisión que no tenía celular le dijeron que tenía que ir muy temprano para ver si se lo otorgaban de manera presencial "*no sé si viene mucha gente atenderse o qué onda conmigo*", finalmente, ante la falta de respuesta dejó de insistir³⁰.

Muchas veces nos han relatado el maltrato y destrato que han recibido, incluso, ante derivaciones realizadas por el propio equipo. Al respecto, Sebastián (34 años) se había enganchado su pie en una baldosa rota, cuando Sole lo palpó y sintió que podía haber una fractura así que lo enviamos a la guardia para realizar una placa. Con tono decepcionado y enojado a la vez nos comunicó: "*chicas me tuvieron todo el día para atenderme, me hicieron la placa y estaba fracturado, sólo les pedí si tenían una muleta o me podían enyesar*". Previamente, habíamos intentado articular con algunxs profesionales, contextualizamos su situación y solicitamos que se derive a una institución, la cual ya habíamos gestionado para que se aloje unos días. Nada de esto sucedió. Sebastián se fue de allí a dormir a un banco de una plaza hasta que nos volvió a ver y nos pudo contar cómo lo habían destrato.

En el caso de Juan (45 años) se plasmaron aún más todo ese conjunto de discriminaciones que operan en el hospital. Nos solicitaron desde Vientos de Libertad³¹ si

²⁸ Son marginados en función de su identidad o situación sufren de déficit de credibilidad de manera estructural, esto es, mediante mecanismos sociales e institucionales complejos que no dependen solamente de la agencia intencional de perpetradorxs específicos (Freeman, 1996, citado en Radi y Pérez, 2019).

²⁹ Es el "instrumento de accesibilidad" del GCABA en el cual para acceder a determinados servicios las personas deben solicitar asesoramiento, denuncias, reportes y/o turnos a través de esta línea. Las áreas que incluye son: alumbrado; arbolado y espacios verdes; calles y veredas; control edilicio, obras y catastro; fiscalización de actividades comerciales; ordenamiento del espacio público; limpieza y recolección; pluviales; reciclado y protección ambiental; salud y servicios sociales; seguridad, trámites y servicios, y finalmente tránsito y transporte.

³⁰ Para realizar trámites, gestiones, etc., se suele solicitar mails, números de contactos y/o domicilios, cuestiones que para muchxs son básicas pero para quienes se encuentran en SC no lo son.

³¹ Es una rama del Movimiento de Trabajadores Excluidos, organización comunitaria, social y política que brinda acompañamiento integral a jóvenes con problemática de consumo. El equipo está conformado por referentes que han egresado del dispositivo y profesionales como psicología y TS. Comenzó a funcionar un año después de nuestra llegada. Actualmente funciona todos los días con usuarixs del propio dispositivo.

podíamos mediar como equipo de salud para que sea recibido en la guardia ya que presentaba severas dificultades para respirar y una alta fiebre agravadas por sus antecedentes de VIH y un tratamiento de TBC interrumpido. Todo indicaba que iba a cursar una internación, es más, el equipo de guardia manifestaba estar a la espera de la liberación de una cama de clínica médica para trasladarlo. No obstante, durante esa madrugada, una enfermera dejó registrado en su HCI que una médica había dado el alta pese a sus condiciones de salud. Se marchó hacia la parroquia, envuelto entre unas frazadas, tiritando de frío, nos contó que alguien lo había maltratado y *“una enfermera me susurró que me quede aunque sea en un costado, hasta que cambie la guardia y me vean otros médicos, pero me sentía mal para estar afuera así que me vine a descansar acá. Evidentemente, siempre hay que mantenerse fuerte, otra no te queda”*. Finalmente, ese día lo vinieron a buscar sus hermanas, desde la parroquia se le abonó un traslado hacia otro hospital, donde lo dejaron internado por dos semanas hasta que le dieron el alta correspondiente.

Estas situaciones de marginalización e invisibilización permiten dar cuenta de otras escalas de las políticas sanitarias, de cómo calan corporalmente y subjetivamente, sobre todo, cuando hablamos de varones y su salud.

“Tus batallas diarias son contra tu propia mente”

*“¡Quiero yo saber, dónde está el amor,
Que ya no se ven, las parejas caminando bajo el sol...!”*

“Ah! Hoy tenemos un cantante”. Coqui me dijo que estaba cantando desde que ingresó. Nos acercamos y me preguntó: *“¿Sabés de quién es el tema?”* Le dije que no. *“Es de Leo Mattioli, un cantante Santafesino como yo”*. Cantó otros temas más hasta que preguntó *“¿y a vos, qué música te gusta?”*. Le contesté que en preferencia el rock pero también otros estilos. *“Ah! Entonces somos del palo, amo el rock, de acá La Renga, Las Pastillas, y otras bandas pero por arriba de todo Sus Majestades, ¿sabés de quién te hablo, no?”* Lo miré: *“obvio que sí”*. Arengué el ritmo con el público argentino corea el tema Satisfaction de The Rollings Stones. *Se río: “vos sí que sabes, la música es lo único que puede salvar a este mundo podrido o por lo menos a mí escapar de mi tristeza. ¿Te puedo consultar algo? -se tocó el pecho- ¿es normal que sienta tanto dolor acá?”*.

Desde ese momento comencé a vincularme con “el Santafecino” (34 años). Unas de sus cualidades era relacionar sus emociones con fragmentos de canciones. Tarareaba que había conocido al *“amor cruzando el Río Paraná”*. Me contó que su familia trabajaba en la cosecha y la pesca *“no me faltaba nada, pero era una vida sacrificada y yo quería conocer otras formas de vivir, siempre me gustó cantar”*. Conoció a *“su mujer”* cuando cruzaba a

Paraguay a vender productos en las ferias, *“la conquisté con un par de tomates y remolachas”, “ella estaba muy mal cuando la conocí, su ex-la golpeaba. Tenía dos hijos y bueno un día le dije anda a buscarlos, me los llevé en un bote para mi casa. Eso trajo problemas”*. Estuvieron por varios lugares del país hasta que el dinero se les acabó. *“Nos movimos para ver cómo podían tener DNI pero el problema era que ella no había solicitado permiso, él le había puesto una denuncia como que los había secuestrado, eso empezó a generar en ella algo maligno”*; *“íbamos de hospital en hospital, no la atendían por ser indocumentada y yo como soy negro me ignoraban. Se volvió a Paraguay. Como pasaba el tiempo me comuniqué con la hermana, me dijo que había muerto, tenía un cáncer avanzado, no pudieron hacer nada. Me fui para allá porque no lo podía creer. Lo que más me duele es que no le pude dar un último beso y decirle cuánto la amaba”*. Desde ese momento su vida había cambiado por completo. *“Me dejé estar, de vez en cuando vendo cervezas a la entrada o salida de recitales y voy durmiendo en donde puedo”*. En varias ocasiones se había comunicado con su madre quien le insistía que regrese, *“si vos me preguntas qué me pasa es que por dentro estoy destrozado y tengo que ser fuerte para un día volver”*. Durante un tiempo, había asistido para desayunar, bañarse, almorzar, cuando comencé a observar en él una gran depresión. Una vez lloró desconsoladamente ya que se acercaba el primer aniversario de la muerte, *“yo era un chico de campo, de pueblo, acá pasan cosas, no me quiero meter en una y no poder salir más, estoy empezando a consumir”*. Le sugerí la posibilidad de tener un espacio terapéutico en Sedronar, le expliqué en qué consistía pero remarcó que *“si bien no era como muchos hombres de la calle, tampoco era una Carmelita”*.

No era la primera vez que me encontraba ante uno de ellos solicitando hablar de algunas cuestiones en un rincón, en la canchita o donde nadie pudiera escuchar qué los afectaba o emocionaba: *“te puedo pedir que no le digas a nadie de esto”, “nadie está mirando, no?”, “ahí viene alguien hablemos en otro momento”*. En una ocasión Sergio (38 años) solicitó hablar sobre unos síntomas propios de su abstinencia: *“no puedo dormir, escucho una música y para calmarme canto en silencio, no quiero que nadie me vea así, quedar como un gil ante el resto, acá si flaqueas sos carnada”*. Si bien tuvimos que evaluar si esas ideas eran producto de persecuciones-alucinatorias; asentaba la convicción de mostrar fortaleza ante sus pares remarcando que si alguien se enterara de que estaba pasando un mal momento no volvería más, *“no iba a quedar como un gil”*. Estos principios acuerdan con los aportes de Griffith (2018) respecto a la naturaleza relacional de que la masculinidad refuerza la noción de que ser hombre no es simplemente la presencia de ciertas masculinidades sino la ausencia de las subordinadas, es decir, no ser gay o femenino. La subordinación tiene que ver

con la estigmatización, la exclusión y la discriminación en función de su raza, etnia, orientación sexual, identidad de género o alguna otra característica más femenina. Sus relatos demostraban una y otra vez que aún en esa marginalización reforzaban estereotipos que verdaderamente los exponía a diferentes tipos de riesgos agravando su salud.

Pasado un tiempo, “el Santafecino” me solicitó la gestión de un espacio terapéutico en Sedronar. Desde allí lo derivaron a una internación que él habría solicitado pero a los días volvimos a verlo en la parroquia. Su consumo se había agudizado. Refirió haber hablado con su madre para solicitar dinero, *“me pide que saque un pasaje y me vuelva, pero ni loco quiero que me vean así”*. Empezamos a registrar lesiones poco habituales en él, *“(…) son prácticas más frecuentes entre los varones y esto no se deriva de ninguna esencialidad biológica sino que es la forma en que el individuo se sujeta, mediante la normatividad del género y la sexualidad, al orden social”* (Granados Cosme, 2017, p.101).

Un día “el Jujeño” (32 años) me explicó que la mayoría de las peleas se daban en el contexto de *“las ranchadas”* bajo los efectos del consumo de sustancias y/o alcohol: *“te terminas cagando a piñas por si uno consumió más de lo que le tocaba, si el que puso más plata consumió menos, que el cayó justo, y así siempre hay algo que termina mal”*. En su caso, las múltiples veces que recibió nuestra atención se relacionaban como corolario de sus peleas: inflamación en sus puños, cortes en la cara, golpes en las costillas, incluso, por traumatismo en el tórax producto que una camioneta lo había chocado, *“para mí me llevó puesto a propósito, porque estaba medio oscuro, yo iba caminando al costado de la calle y como tengo este tono de piel, habrá pensado que le quería robar pero nada que ver”*.

Según la OPS (2019) las tres causas principales de muerte en los hombres son violencia interpersonal, los traumatismos causados por el tránsito y la cirrosis hepática, las cuales estarían vinculadas al ejercicio de la masculinidad, al abuso de las sustancias psicoactivas y a los problemas de SM, conjunción altamente notoria en ellos.

Los consumos problemáticos han sido incluidos dentro de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657³² con el fin de cristalizar la compleja relación que atraviesa como forma de padecimiento y/o malestar una persona, lo que requiere un análisis de la complejidad, la subjetividad y de la vinculación con el sufrimiento y el dolor producto de los escenarios desiguales. En este aspecto, Bordini (2017) considera que el sufrimiento altera la capacidad de actuar siendo el propio cuerpo el primer afectado “pero también modifica las

³² En el artículo 4 se plantea que los consumos problemáticos “deben ser abordados como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud”

relaciones con el mundo exterior, pues los problemas de marginación social afectan cada vez más a los toxicómanos” (p.45).

Las escenas más observadas, escuchadas y por las cuales nos han solicitado atención fueron en relación al consumo de sustancias y/o alcohol; lo que llevaba a preguntarme ¿si era el consumo lo que nos les permitía salir de la SC o si era la SC lo que definitivamente lxs llevaba al consumo? Sin duda, ambas van de la mano en la marginación y en los márgenes.

En los periodos de abstinencia era cuando mayormente solicitaban “ayuda”, algún tipo de acompañamiento, incluso, algunxs expresaban el deseo de internarse. Pero ¿qué posibilidades efectivas de salir definitivamente de un consumo cuando estás en SC? Identificamos que las recaídas guardaban relación con algún evento vivenciado durante la noche, una golpiza policial, el haberse encontrado con algún familiar, por festejos que rememoraba cuestiones, como por ejemplo, las fiestas navideñas que lxs llevaban a dar cuenta que se habían quedado solxs. Todo formaba un conjunto de eclosiones que se experimentaban y ponían en acto de diversos modos.

Julio (62 años), siempre buscaba conversar, contarnos cómo había sido su semana, incluso mostraba ánimo por la adherencia a su tratamiento por su consumo de alcohol. Se estaba preparando para ir a ver sus hijxs, con quienes llevaba años peleados y sin verlxs³³. Sin embargo, por dos meses no se presentó más y no sabíamos nada de él, cuando en un festejo de finales de año reapareció: “*me tomé 50 litros de vino y aún así no me muero, quiero que me internen*”. Había considerado que ante la percepción de una leve mejoría “*podía ir de sorpresa a ver a mis hijos*”; pero su desilusión devino por una serie de reclamos enmarcados en su paternidad y que “*se negaron a abrirme la puerta*”, produciendo una recaída severa con ideas autasuicidas. Finalmente permaneció un tiempo internado. Similarmente, a Emanuel (42 años) lo tuvimos que acompañar a la guardia; había intentado arrojarde debajo de un colectivo luego de discutir con su ex-pareja “*ya que insistentemente me pedía un regalo de Navidad para mis hijos, no se da cuenta como es mi situación*”. Venía adhiriendo a un tratamiento ambulatorio pero ese conflicto le había producido una nueva recaída, “*ya no quiero vivir así, otra vez lo mismo, siempre lo mismo, estoy atrapado sin salida*”.

Estas situaciones revelaban una de las tensiones que afronta un proceso de recuperación en SC. Esto puede devenir por ciertas creencias y perspectivas de que los consumos son considerados como una enfermedad, como una responsabilidad individual y no

³³ Cabe remarcar, que como su caso, muchxs han expresado que sus familiares no sabían que se encontraban en SC, aun quienes mantenían cierto contacto por llamados telefónicos o las redes sociales les “ocultaban” su situación “mayormente por vergüenza”.

como una problemática sociopolítica que involucra otros niveles de responsabilización. Una recuperación implica procesos singulares que están condicionados por la clase social, por el género, por creencias socioculturales, por herramientas materiales y simbólicas que se dispongan. No hay proceso de recuperación posible y sostenible en el tiempo, cuando el cotidiano se presenta en estado permanente de supervivencia, *“es el día a día”, “son 24 hs más de vida”*. Esto no quiere decir que estén condenados, más bien, que sus condiciones de partida son adversas y totalmente desigualitarias. La compulsividad, la agresión, los abusos, las violencias, son una mala conjunción, sobre todo, cuando se funden con la autopercepción de las masculinidades.

Muchos intentaban plasmar las dinámicas en relación al consumo. Como el caso de Leandro (37 años) quien asistió durante un tiempo junto a su amigo *“moneditas”*³⁴. Siempre tenía la misma actitud. Se quedaba debajo de la galería, no pasaba al patio, llevaba el mismo atuendo, su remera gris y jogging agujereados, no solía bañarse. Se apoyaba contra la pared, cruzaba sus brazos y dormitaba. Un día me dijo que me quería contar algo: *“empecé a cerrar los ojos y dejar la mala junta, ahora ando con esto -sacó de un bolsillo una biblia evangélica- no la muestro porque al cura de acá no le va a gustar. Estoy empezando a entender las palabras del señor y me está haciendo bien, es más, estoy pensando en juntar plata y comprar un carro para vender cartones, basta de la joda”*³⁵³⁶. Su consumo era de años pero de manera intermitente: *“él que está en la calle no consume al 100%, a veces lo hago para no ver lo triste que es la vida, cuando veo pasar a la gente veo sus caras, no tengo nada, pero el que pasa con una bolsa de shopping tampoco es feliz y bueno también está la mala junta”*.

Durante un tiempo comenzamos a verlo con otra actitud. Se había comprado un carro, había empezado a averiguar dónde vender sus cartones, se duchaba y cambiaba de ropa: *“me siento bien, por primera vez me estoy preocupando por mí y para que vean que estoy mejorado les voy a pedir un turno así me hago un chequeo general”*. Decidió ir a vernos al

³⁴ Así lo apoderamos luego de que un día aparecieran con un bolso que encontraron revolviendo un container. En ese bolso había más de 200 monedas de alrededor del mundo, ese día durante toda la mañana nos dedicamos a dividir las monedas según los países, el año, etc. Luego, me pidieron si podía buscar en mi celular los valores aproximados que podían venderlos en una casa de monedas por lo que tomaron nota de varios lugares y se marcharon. A la semana siguiente, “moneditas” me contó que las vendió en Parque Rivadavia y les ofrecieron poco dinero a cambio, Leandro lo miró de reojo: “estaba desesperado por vender, si hubiese aguantado tendría más gaita”.

³⁵ Quiero aclarar que, internamente con el equipo acordamos que nunca preguntaríamos cómo obtenían muchos de sus objetos, salvo que ellos nos quisieran contar.

³⁶ Me contó que desde los 10 años estuvo de manera discontinua en la calle hasta “que un día me encontré en SC”, le gustaba explorar e ir a tirar piedras al río de Vicente López, conocer gente nueva, hasta que empezó a consumir sustancias: “nunca me gustó la escuela, cuando supe leer y escribir dije esto ya es mi mayor logro, ya no quería estar más en esa casa y seguir escuchando esas cosas”. Producto de ese consumo no volvió más a su “hogar” “mira, tengo familia, pero no los voy a molestar más, y tengo una hija, que para preservar la vergüenza que pueda sentir de tener un padre así -hizo un gesto que recorrió su cuerpo y se apoyó en su panza- la voy a ver de lejos a escondidas, y ya está sé que está bien y eso me hace feliz”.

CeSAC, se atendió, se tomó sangre para realizarse unos análisis y todos resultados estaban bien, aunque enmarcar su salud a nivel individual se deriva de la concepción del MMH que resalta el riesgo, la responsabilidad y la culpa descontextualizando que los comportamientos arraigados en la salud de los varones se generan culturalmente y se mantienen estructuralmente (Griffith, 2018).

En el tiempo observé que, en especial los varones, asistían en grupo y cuando lo hacían sólo era porque buscaban dejar de consumir. Al respecto Eduardo (21 años) me explicó: *“te alejas de la ranchada porque si no consumís te bardean, entonces ahí es cuando te vas a dormir sólo para que no caigas otra vez”*. Con él me había vinculado desde un comienzo junto al “Santafecino”. Conocía parte de sus historias y -tristemente- fui observando cómo habían recaído en el consumo de crack. Siempre se mantenían prolijos, con ropa limpia, afeitados, perfumados. Más de una vez, Eduardo remarcó no querer aparentar como *“un pibe de la calle”* pero con el tiempo dejó de autocuidarse, se lo veía vestido de la misma manera, siempre sentado en un rincón, mirando hacia todos lados. Un día quiso que hablemos. Me contó que su familia lo había invitado a almorzar y desde ese reencuentro se había desencadenado algo que no supo cómo afrontar, *“de Varela me fui directo a la ranchada de Flores a consumir, sin pensarlo, no lo dudé”*. Durante un tiempo nos quedamos en silencio, lloró bastante, me pidió si lo podía abrazar y se marchó. No volví a verlo. El “Santafecino” había dejado de asistir hacía un año hasta que volvió con un grupo que nunca habían asistido allí. Estaba totalmente irreconocible. *“Finalmente caí en lo que no quería”*. Me comentó que dormía en los trenes y pelaba cobre de los carriles.

Una vez, Daniel (58 años) intentó comentarme las diferencias de la calle: *“mirá, yo durante mucho tiempo llegábamos a la calle quiénes nos habíamos quedado sin trabajo, no podíamos pagar el alquiler, darles de comer a nuestros pibes o soportar que nuestras mujeres paguen la olla. En la calle conocí mucha gente que te ayuda, nuestras ranchadas eran para compartir el fuego, las frazadas y no te voy a mentir, para tomar alcohol. Antes teníamos códigos, hoy eso se perdió, el paco y el crack les quemó la cabeza a los pibes, le roban hasta al que está en su misma situación, te roban los DNI para venderlos, las zapatillas, los cordones, no dormís, no es sólo la incomodidad del suelo sino también de ese que está en la calle como vos”*.

Muchas veces han expresado que su relación con el consumo devenía *“para bardear”*, *“para aferrarse o escapar al dolor”*, *“para no vivir más”*. En una ocasión, “el

Jujeño”, quien había mostrado no requerir ayuda³⁷, se había quebrado desconsoladamente cuando se miró al espejo. Nunca me ocultó nada en relación a su consumo. Siempre afirmaba fumar marihuana pero había vuelto a consumir cocaína que lo habían llevado a *“agarrarme a piñas con mi mejor amigo”*. A partir de allí manifestaba querer internarse. Mediante Sedronar conseguimos un centro de internación pero faltó a la entrevista de admisión. Había dejado de ser “trapito” por las peleas constantes dedicándose a vender ojotas y pañuelos en la vía pública. Sus grandes escollos estaban entre su propia infancia y la de sus hijxs, *“no quiero que sufran lo que yo sufrí”*. La percepción económica que recibía de un programa social la ofrecía *“como una especie de cuota alimentaria para mis hijos”*, aunque según él, su ex-pareja prohibía ver a sus hijxs. Eso desencadenaba furia, frustración y recaídas constantes hasta que llegó al consumo de crack, *“cuando me ví en el espejo me di cuenta que así no podía seguir”*, se había arrojado a las vías del tren y unas mujeres que pasaban *“me salvaron, me sentía muy lastimado por mi vida, estaba cansado de luchar, de no tener oportunidades, los pibes como yo somos fantasmas peleandole al viento”*.

Una vez nos encontrábamos junto a Gía (26 años) buscando un abrigo en un pilón de ropa que había sobre la mesa, recientemente se había bañado, estaba desabrigada, hacía bastante frío. Amadeo (22 años), su pareja, estaba desplomado sobre la mesa, ella lo intentaba despertar así desayunaba. Se notaba que había consumido. Intentamos que tomará líquido, cuando se pudo reponer y parar expresó: *“tus batallas diarias son contra tu propia mente”*, se sentó y volvió a dormir. Gía me miró y dijo: *“los pibes y las pibas de la calle no vamos a salir nunca de esta Maru. Vamos a estar bien por un tiempo pero vamos a volver a caer en la misma, estamos rotos por dentro”*.

En el siguiente capítulo haré referencia en los modos que las mujeres describen, interpretan y manifiestan sus problemas de salud para luego identificar cómo se viven las diferencias de género entre mujeres y varones y las repercusiones que acarrea en su salud.

³⁷ “Era noviembre, un día muy concurrido, estaba dando vueltas por el patio cuando observo a uno de ellos mirando un sweater tejido que se había enganchado y/o estirado con algo. Me acerqué y le pregunté si quería que lo ayude, me respondió que no, que podía sólo, *“sabes, desde muy chica sé tejer”*. Hizo una mueca y dijo: *“es que el secarropas me lo enganchó, lo pedí para una de mis nenas”*. Sostuve que era un tejido precioso, que se podía reparar. Luego de unos minutos, volví con una aguja de crochet que siempre llevo guardada en mi mochila. Cuando me vio expresó: *“qué onda con vos, haces magia”*. En ese momento comenzó mi vínculo con él. Había nacido en Jujuy pero hacía muchos años que andaba por CABA. Había formado una familia. Tenía 4 niñxs que vivían con su ex-pareja en Pilar, *“piensan que vivo en la capital, no les quiero decir que estoy en la calle. Me da pena por el varón que está muy pegado a mí. La madre sabe, nos llevamos mal pero a mis pibes los tiene bien, comen, van a la escuela, tienen a donde dormir”*.

Capítulo II: “Malas mujeres, malas madres, malas pacientes”

Como hemos visto en el capítulo anterior, la SC implica para los varones el reforzamiento de ciertos estereotipos arraigados al mandato de masculinidad hegemónica, que los lleva a experimentar la represión de dolores físicos y sentimentales. A su vez, estos padeceres se ven reforzados por ciertas ideas racializadas respecto a las masculinidades marginales prevalecientes en el sistema de salud las cuales operan como barreras de accesibilidad agravando su salud integral. Sin embargo, a continuación presentaré las experiencias de las mujeres. Veremos que la calle imparte ciertas lógicas que las coloca en un lugar diferencial en relación a los varones. Las mismas se ven forzadas a sostener ciertos mandatos y estereotipos, tanto por los varones como por las instituciones de salud, llevándolas a experimentar diferentes riesgos y violencias generizadas.

“La violencia siempre me ha acompañado en mi vida, es como una amiga”

Le comenté a Sole que Sofía (24 años) quería charlar un rato. Su actitud nos sorprendía ya que no había hablado con nadie del equipo. Unas semanas previas, había comenzado a acudir a la parroquia junto al Jujeño (32 años). Solía sentarse en el patio, debajo de una sombra, con un embarazo avanzado. Éste relató que la conocía hacía años de la calle y su “ex-pareja” la golpeaba *“es víctima de violencia de género”*, *“estamos comenzando una historia juntos”*. Para ese entonces, él estaba intentando dejar el consumo, solicitaba internarse *“la quiero llevar conmigo, va ella quiere internarse conmigo, yo le digo que le va a hacer bien a ella y al bebé, así no repite de nuevo la historia”*.

“Sofía me preguntó si *“yo era una trabajadora social de las buenas o de las malas”*, que necesitaba que la ayude con sus fuertes dolores menstruales, quería ver qué tomar e insinuó sobre la recuperación de su hijo que había nacido, *“me lo sacaron”*. No era la primera vez; unx estaba al cuidado de su tía quien le había prohibido que se acercara; lxs otrxs, permanecían en un hogar. *“Estoy judicializada y estoy siendo evaluada para ver si logro quedarme con éste”*. Quería informar que estaba sosteniendo un tratamiento en Sedronar. En esa misma conversación nos contó que desde los 8 años estaba en SC, *“en mi casa había muchas violencias, me pegaban, me encadenaban, me hacían cosas -hizo silencio y miró perdidamente- un día me cansé y dije de acá me voy”*. Comenzó a mostrar cierta incomodidad con la charla, mucho más no quería contar *“porque nosotras podíamos imaginar todo lo que había vivido”*. Un rato después subió a buscar medicación ya que sus dolores menstruales se habían agudizado”.

La historia de Sofia, como de muchas mujeres a las que haré referencia, se han visto atravesadas por múltiples violencias que van desde violencias sexuales en sus infancias; violencias de género; múltiples embarazos que comienzan a temprana edad; violaciones; postpartos donde muchas no han podido “quedarse con sus hijxs” a excepción de algunas; violencias económicas; violencias simbólicas; violencias que como consecuencia han hecho de la SC un lugar *“para huir de lo que era mi vida”*. Sin embargo, en la SC muchas de esas violencias se recrudecieron en situaciones de consumo agudo de sustancias; prostitución; embarazos, partos y abortos; persecución reiterada de instituciones, como por ejemplo, la policial o dispositivos gubernamentales con el fin de “proteger” los derechos de sus niñxs; violencias entre pares o de sus *“protectores”*. Violencias visibles e invisibles. Violencias raciales. Violencias que acarrear en sus espaldas, en sus cuerpos, en sus subjetividades.

Como se afirma, en las últimas décadas se observa una mayor presencia de mujeres en SC³⁸, lo que lo constituye como una de las grandes expresiones de la feminización de la pobreza. Según Tortosa (2020):

“Estos procesos de inequidades en términos de género deben ser comprendidos en su carácter relacional y también respecto de la violencia estructural instituida por el sistema patriarcal y las lógicas neoliberales (Tortosa, 2005). En esa intersección se profundizan los sistemas de explotación/ opresión/ dominación (Zaldúa, 2011)” (p.28).

A diferencia de los varones quienes frecuentemente transmitían sus fuentes de ingresos; como trapitos, vendiendo latas, pelando cables, cartoneo, incluso, algunos expresaban cierto interés en conseguir algún trabajo y elaboraban sus CV, del lado de las mujeres, muy poquitas hacían referencia a sus fuentes de ingresos o lo hicieron en el marco de una confianza *“no le cuentes a nadie de que a veces hago eso por desesperación”*. La mayoría no había finalizado sus estudios primarios; muchas veces nos han solicitado si le podíamos leer algún documento, informe, una noticia, etc., las excepciones venían del lado de Aurora (50 años) y Beatriz (39 años) quienes habían finalizado sus estudios secundarios. Éstas, habían trabajado en algún momento como empleadas domésticas. Gía (26 años) había trabajado cuidando a una adulta mayor *“fue lindo, me daban mi sueldo, fue la única vez que sentí que algo podía cambiar”*. Livia (39 años) trabajó en un kiosco, como mesera, y vendiendo en la vía pública, *“hasta fui coordinadora en Vientos de libertad pero cuando mi mamá enfermó lo dejé para cuidarla”*.

³⁸ “Si bien dentro del universo de personas en aquella situación no son mayoría en términos numéricos, el aumento de su presencia y las características particulares en relación a las prácticas diferenciales que desarrollan en la calle, podrían dar cuenta de los cambios estructurales actuales del capitalismo y los modos de producción material y subjetivo” (Pelagge, 2024, p.121).

Casi todas en general se han acercado a la parroquia acompañadas por sus parejas varones, en contada ocasiones lo han hecho solas, principalmente aludían que éstos estaban trabajando, cuidando sus pertenencias en las ranchadas, estaban presos.

En una oportunidad Murria (43 años) me hizo una seña de que me acercara, ella estaba fregando un pantalón y me dijo: *“Maru, yo te quería aclarar algo -me llamó la atención el tono bajo con el que me hablaba- Carlos no es mi pareja osea vive en el tráiler y hacemos todo juntos, es un compañero, es mi guardián”*. Su revelación no dejó de sorprenderme ya que siempre se presentaban muy amorosos e impresionaba ser pareja.

A medida que fue transcurriendo el tiempo, reparé cómo las mujeres han marcado la mayoría de las veces cierto distanciamiento hacia el equipo como también han sido las que menos han buscado consultar sobre su salud. Un ejemplo de ello lo reflejó Gabriela (25 años) quien solía asistir con sus 2 hijxs y pareja exclusivamente a lavar la ropa. Muchas veces nos hemos acercado a sus niñxs con la intencionalidad de jugar pero en un principio dejaba entrever que esto no le gustaba, les llamaba la atención y les apartaba en algún rincón. A pesar de ello, estilaban corretear entre las personas, mediante el juego mencionaban ciertas dolencias. Subir por las escaleras, entrar al consultorio, colocar el estetoscopio y escuchar sus corazones se habían convertido en un juego cada vez que se acercaban allí. Lxs niñxs nos contaban que, por momentos se encontraban en SC y por otros alquilaban, sus relatos eran difusos y quizás inducidos por sus adultxs referentes. A medida que pasó el tiempo, Gabriela fue cambiando su actitud. De ignorarnos cuando saludamos, esquivarnos con la mirada, apartarse en un rincón, se fue acercando lentamente. Registramos que lo hizo en el marco del festejo de cumpleaños cuando su hijx se acercó a la mesa a soplar las velas de una torta. Ella se quedó a un costado, apoyada sobre la pared, aplaudiendo, mientras susurró que no le gustaban los festejos de cumpleaños y las tortas pues le hacía recordar a cuando su mamá tenía una panadería *“y de las cosas feas que ella permitía que le hicieran ahí”*.

A partir de los primeros acercamientos hacia éstas, reparé que mediante algunos dichos, actitudes, las marcas de sus cuerpos, sus miradas desoladas, denotaban el atravesamientos de ciertas violencias. En este sentido, Segato afirma que *“la violencia de género es la primera escuela de todas las otras formas de violencia”* (2019, 17 de julio) y la misma forma parte del orden político patriarcal³⁹. Poder situar estas violencias en sus cuerpos como territorio, y en el territorio vivido y genéricamente construido (Pozzio, 2021) cristalizan

³⁹ Según la autora, el patriarcado representa en sí mismo un orden violento, como consecuencia, el sometimiento de las mujeres está en la base de su arquitectura violenta forjada en el pasado remoto, cuando se impuso la jerarquía masculina en todas las culturas.

las consecuencias en su salud. Por ello considero nodal entenderlas como sujetas que se ven atravesadas por múltiples opresiones; por ser cuerpos menstruantes, por esa capacidad “natural” de menstruar que se asocia con la idea de “un cuerpo de mujer “sano”, pero, fundamentalmente, “fétil”” (Tarzibachi, 2017, p.25); que se intersecciona con lo generacional, ya que sus cortas vidas, trayectorias y vivencias cristalizan las formas que toman las mismas en sus subjetividades; en las coordenadas de los márgenes y sus marginalidades donde se enmarañan sus condiciones de existencias pero también sus posibilidades de agencias.

Una mañana de pleno invierno estábamos junto a Pablo en el consultorio cuando subió Elvira (42 años) quien presentaba enormes dificultades para respirar. Comentó que hacía unos días estaba sintiéndose mal, era asmática y había estado un tiempo internada por TBC pero ante el maltrato institucional se había ido, aunque afirmó que había finalizado su tratamiento de manera ambulatoria. Comentó que había realizado varias denuncias por violencia de género, su “*pareja*” tenía una orden perimetral que no cumplía y ninguna de las instituciones que debían garantizar que se cumplan las medidas cautelares resguardaba por sus derechos, por lo tanto, en esa condición se había marchado, estaba en SC. Pablo se colocó su estetoscopio, lo apoyó sobre su pecho, aludió que no la escuchaba respirar bien, “*necesitas una placa y que te evalúen de Neumonología, además tenés fiebre*”. Elvira se negó rotundamente, “*antes de vivir y presenciar el maltrato de los médicos prefiero volver con el violento de mi pareja*”. Pablo infería que por los síntomas podría tener TBC o una neumonía, necesitaba hacer un tratamiento y reposo. Ante este panorama pudimos pensar junto a ella algunas alternativas. Nos comunicamos con una amiga quién la podía acoger por unos días. Cuando la volvimos a la semana siguiente, había mejorado notablemente aunque remarcó que estaba intentado “*reparar la relación con mi pareja*”⁴⁰.

Aún siendo minoría y habiendo consultado en menor medida, siempre las consultas de las mujeres han develado el continuum de violencias a lo largo de sus vidas⁴¹. A partir de sus voces, aprendí, personal y profesionalmente, a mirarlas como “multirresistentes”⁴².

⁴⁰ Mucho tiempo después pudimos reconstruir su historia debido al vínculo que creó con Jaz. Elvira era madre de 7 hijxs con quienes tenía relaciones esporádicas. Empezó a encontrarse en SC por sus diferentes relaciones de violencias que la atravesaron en un continuum a largo de su vida que pudieron haber incidido en el consumo de sustancias. Debido a esa complejidad había perdido su casa, su familia, hasta ella misma se encontraba bastante perdida, sin rumbo.

⁴¹ Según Teodori (2015): “la violencia ejercida contra las mujeres es una de las más importantes manifestaciones de la violencia de género. Responde a una desigual distribución de poder entre los géneros. Las mujeres o sujetos feminizados (Segato, 2003) son las principales afectadas; lejos de constituir un fenómeno de carácter extraordinario que responde a comportamientos patológicos, es producto de una forma de organización social que ha legitimado históricamente ese y otros tipos de desigualdad” (p.57).

⁴² Si bien en la jerga médica éste término hace alusión a la resistencia que impone determinado germen o bacteria a determinados medicamentos, en las mujeres en SC esa multirresistencia se experimenta de un modo peculiar.

No creo que nadie que haya experimentado de distintas formas posibles la manifestación de las violencias patriarcales se pueda considerar de otro modo que a una “mujer multirresistente”. Sus cuerpos soportan el orden patriarcal-colonial (Segato, 2021) como un continuum que comienza a germinar, previo a sus vidas, luego, en sus primeros años de infancias por haber nacido niñas, que finalmente se prolonga hasta sus presentes. Muchas de sus historias han cristalizado cómo opera el orden del poder en los territorios segregados donde sobreviven cómo pueden las familias empobrecidas de las cuales la mayoría de ellas provenían⁴³. Sus relatos describían estrategias paupérrimas de supervivencia, además, muchas de ellas fueron sometidas a violencias sexuales como “objeto” de intercambio para *“que no nos echen de la casa”, “por un plato de comida”, “porque no podíamos pagar el alquiler”*. Quienes se han animado a reseñar algunas de estas vivencias, expresaban mucha ira y deseo de muerte a sus familiares, sobre todo, a sus madres *“que dejaba que esos hombres me tocaran”, “que me decía que cuando sea grande iba a entender”, “que es lo que nos toca por ser mujer”*. Probablemente las historias e infancias de sus madres hayan sido similares.

Algunas siendo hermanas mayores han puesto sus cuerpos como protección de sus hermanxs menores *“para que no lo violen como a mí”, “para que no sufra lo que yo viví”*. Algunas con tristeza relataron sentirse culpables por no haberlo evitado.

Quisiera reparar en que muchas violaciones continúan impunes hasta el día de hoy. Aún hoy acarrear con esos traumas. En más de una ocasión, han hecho hincapié en tener *“terror”* a la oscuridad, buscar dormir debajo de un alumbrado, etc., para evitar *“recordar lo que se venía cuando se apagaban las luces”*.

Quienes han recibido “un reparo” ante esas violencias sexuales⁴⁴ han sido institucionalizadas en hogares; empero, los relatos solían ser igual o más traumáticas debido a las diferentes violencias que experimentaron, *“no sé si tengo más traumas de mis abusos de noche o del hogar”, “fue lo peor que me pudo pasar estar en un hogar; no se lo deseo a nadie”*. Algunas de ellas se han constituido en niñas-madres⁴⁵, ninguna tiene a cargo a exxs niños, ya que fueron institucionalizadxs o han quedado a cargo de sus familias.

⁴³ Esto no quiere decir que en otros sectores sociales no se reproduzca con tal magnitud situaciones de violencias. Quienes gozan de poder, de control, de gobernanza en la producción de datos, contenidos, estadísticas, etc., es decir, la masculinidad hegemónica representado por varones dominantes, son justamente quienes conocen “muy bien” las formas de invisibilizar, construir, manipular y blanquizar las formas de presentarse ante el mundo. Esto ha permitido que históricamente los sectores segregados, y los varones pertenecientes a los mismos, sean constituidos como objeto de control-punitividad quedando asociados a/entre la violencia-pobreza de manera “natural y hasta lineal”, acentuando el prisma del pensamiento colonial, de, la diferenciación, la idea de “los otros”, de “esos”, “los bárbaros”, etc.

⁴⁴ Según Ramos-Lira et al. (2001) “la violencia sexual es un abuso basado en el género, según se establece en la Declaración para la Erradicación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, y es frecuentemente perpetrada por un varón en el que la mujer confía y de quien espera protección, como el padre, el tío, el esposo, alguna autoridad, etcétera. Sin embargo, esta violencia también es llevada a cabo por desconocidos en diferentes circunstancias” (p.183).

⁴⁵ A los 11, 12 y 13 años específicamente.

Muchas no han contado con espacios de cuidados, acompañamiento y escucha para elaborar lo traumático de esas violencias en el marco de sus infancias que se ha prolongado hasta sus presentes. Lo que refuerza la idea de que los motivos que han incidido para estar en SC son totalmente variables. A diferencia de los varones quienes habían remarcado que las motivaciones estaban dadas por “*estar en las esquinas*”, para las mujeres o para las niñas-adolescentes las circunstancias acontecieron por el sometimiento de múltiples violencias como la sobrecarga de cuidados de sus hermanxs más pequeñxs. Según Ramos-Lira et al. (2001) las consecuencias de la violencia aumentan cuando el agresor es un familiar o conocido. Si ocurre en edades tempranas, parece existir un mayor riesgo de desarrollar diversos problemas como huidas, uso de sustancias, sentimientos de hostilidad y desconfianza, insatisfacción sexual, embarazos no deseados, causas significativas de discapacidad, consecuencias somáticas⁴⁶, psicofisiológicas y psicológicas, hasta la muerte.

Hay quienes refirieron haber vivenciado maltrato infantil “*me encadenaban*”, “*nos dejaban encerrados*”, “*todavía tengo las marcas de látigos en mi espalda*”, prácticas por parte de lxs perpetradores que incidieron para huir de sus hogares.

Sus infancias han quedado inmersas en discursos y prácticas de “objeto” de control-disciplinamiento que refuerzan ideas que “lxs hijxs pertenecen a las madres-padres” siendo su responsabilización, por lo tanto, sus crianzas se han visto reducidas a la individualización debido a la escasez de políticas de cuidado (Faur, 2014) quedando en manos de personas que no han podido asumirse como cuidadores responsables reproduciendo mecanismos cruentos en todas las esferas inimaginables⁴⁷.

Ese continuum de violencias las forjó a ser multirresistentes. Son precisamente ellas, éstas “mujeres” que a diferencia de otras mujeres,⁴⁸ conocen en primera persona el modo en que el género las afecta de un modo diferencial. Esas violencias experimentadas fueron las

⁴⁶ Según lxs autores, las consecuencias de la violencia sexual se puede observar en: 1) *Consecuencias somáticas*: consecuencias médicas agudas (lesiones físicas, genitales y no genitales, y enfermedades sexualmente transmisibles) Enfermedades crónicas (dolor pélvico y otros trastornos de dolor crónicos), efectos en la salud relacionados con el estrés (percibir la propia salud menos favorable y reportar más síntomas de enfermedad); 2) *Consecuencias psicológicas*: cambios cognitivos (alteración de los esquemas cognitivos), malestar Síntomas psicológicos (miedo y ansiedad), reacciones afectivas (depresión, ideación suicida y conducta suicida), problemas en el funcionamiento sexual, problemas de ajuste social y 3) *Reacciones psicofisiológicas*: reacciones de sobresalto, reacciones cardíacas y musculares cuando aparecen los recuerdos, incremento en la excitación fisiológica.

⁴⁷ Pese a los avances legislativos locales como internacionales que proponen paradigmas que consideran tanto a las infancias como adolescencias como sujetas de derechos.

⁴⁸ DiPietro considera tres formas de entender a la subjetividad dentro del proyecto de Género de la modernidad colonial: “la Mujer con mayúscula” hace referencia al legado de estereotipos étnico-raciales que de algún modo cristalizan las dinámicas subjetivas e intersubjetivas que emergen y se imponen en el legado de la colonialidad-modernidad; mujeres con minúscula, refiere a los sujetos subalternos, racializados, que han negociado asimilación dentro de moldes por los cuales han obtenido réditos, por ejemplo, la idea de “buena madre”.y; “mujeres” entre comillas, alude a la idea de poder repensar el borde exterior de esas categorías intersubjetivas y repensar qué formas de asociatividad, de afectividad, de parentesco, se construyen de y desde el borde externo en el proyecto de modernidad colonial (DiPietro, PRIGEPP, Webconferencia, 2019).

primeras prácticas sexistas de sentidos moralizantes, de mandatos, de desconocimiento acerca del cuidado de sus cuerpos y de su salud. Violencias que les impusieron y debieron asumir. Violencias que operaron para reprimirlas y educarlas en el ocultamiento. No obstante, esos abusos acallados y mecanismos cruentos fueron viables por las estructuras patriarcales, por la complicidad de las primeras instituciones que formaron parte de sus cotidianos, que han cultivado huellas que aún hoy experimentan como adultas.

Y es allí, donde se puede registrar uno de los puntos de cómo se viven las diferencias entre varones y mujeres. Si el conocimiento es poder, estas “mujeres” arrostan su sabiduría corporal en condiciones marginales puesto que la menstruación se constituye como un motor de desigualdades. Ser un cuerpo menstruante en SC implica que la gestión menstrual se vuelva un evento de altos costos económicos y corporales totalmente invisibilizado e individualizado. El acceso a los elementos de gestión menstrual trae aparejado para ellas una sobrecarga de estrategias que pasan desapercibidas y aún en un escenario “público” -la calle-, la menstruación se asume como una cuestión de intimidad. En más de una ocasión se han acercado a consultarnos *“si tenemos una toallita para prestar”*. También al preguntarles sus estrategias divisamos los caminos sinuosos que recorrían: *“parte de lo que gano del cartoneo, lo uso para comprar mis toallitas”*, *“no pido dinero para eso porque la gente te ignora y no te cree que es para las toallitas”*, *“me la rebusco con lo que puedo”*, *“le voy pidiendo prestado a mis conocidas”*.

A su vez, la menstruación implica desafíos que se relacionan con las condiciones de salud e higiene que afrontan particularmente ellas. Defecar, orinar, poder lavarse las manos e higienizarse, son condiciones básicas, empero, el acceso a recursos como el agua y un baño históricamente se han visto atravesados por desigualdades sociales, lo que ha llevado a que se experimenten como patrimonios de privilegios. La calle y la menstruación se instituyen como una estructura desigualitaria porque están desprovistas del alcance de los mismos. Asimismo, como hecho fisiológico, implica dolencias corporales, cambios en los estados emocionales, etc., que se tramitan en total soledad, en condiciones paupérrimas y con un profundo desconocimiento: *“nunca nadie me habló de la menstruación”*, *“fue horrible cuando me salió sangre de ahí abajo y no sabía qué me estaba pasando”*, *“fue traumático, no tenía a quién recurrir para preguntarle cómo me podía ayudar, qué estaba pasando”*, *“sentir dolores tan fuertes y no entender nada de lo que te sucede, querer estar todo el día en el suelo sin querer levantarte”*, *“sangrar tanto y que no te alcance la toallita”*.

La menstruación en SC refleja cómo opera el género en la construcción del cuerpo como territorio de disciplinamiento, de ocultamiento e invisibilización, esa “condición natural

de las mujeres” (Tarzibachi, 2017) reproduce desigualdades, en tanto que el insuficiente conocimiento agrava la percepción sobre el cuerpo reforzando mitos de una supuesta feminidad. Así, el paisaje mental se nutre de una identidad estereotipada que también se vivencia en la SC. En este aspecto, el cuerpo como disputa de sentidos visibiliza que la calle vivida genéricamente como patrimonio de la masculinidad, sella las jerarquías que infunde el sistema patriarcal, por consiguiente, se asume sumisión por parte de las mujeres ante esa supuesta feminidad. Y la menstruación es una gran contribución a esas jerarquías por la complicidad del MMH⁴⁹. En una ocasión, bajando las escaleras le hice una seña a Gía para alcanzar las últimas dos toallitas que había encontrado en el dispenser, cuando algunos varones rieron e hicieron comentarios respecto a que “*estábamos en una de las cosas de las mujeres*”, lo que la hizo enrojecer “*no lo hagas más que me da vergüenza*”. Rápidamente las guardó en una de sus mochilas y se fue.

Ese continuum de violencias que las atraviesa a lo largo de sus vidas en el territorio se hace explícita, por un lado, por sus “*guardianes*”, que pese a que se encuentran en su misma condición gozan de otros privilegios poniendo en evidencia que los efectos en la salud son diferenciales, tanto los mandatos, los roles y estereotipos son una gran contribución a ello. Por otro lado, por las instituciones, en especial la sanitaria, como más tarde profundizaré.

Segato (2016) considera que “la cuestión de género es la piedra angular y eje de gravedad del edificio de todos los poderes (...)” (p. 15-16), como correlato, el mandato de la masculinidad es la permanente pedagogía de dominación que requiere del “pacto de silencio sellado entre pares”, el cual es plausible de su conocimiento por la regularidad de sus efectos.

En una ocasión, estábamos junto a Pablo en el espacio de atención cuando subió Katty⁵⁰ a contarnos que había logrado convencer a Beatriz (39 años) que consulte sobre una picazón y ronchas en su rostro. Su aspecto casi esquelético, su cuerpo deteriorado de tono marrón aunque de cara pálida, manos semisucias y cortajeadas, de gran sonrisa que buscaba esconder debido a la falta de dientes, con ojos grandes, amarillentos, cargados de tristeza, impresionaba ser una mujer de más de 60 años. Cuando Pablo tomó el rostro para evaluarla, le dijo que mayormente todas las manifestaciones de la piel se debían a “*represiones*

⁴⁹ Tarzibachi explica cómo todo ello se origina en el siglo XVIII, cuando la menstruación se constituye en un hecho médico, se feminiza y se patologiza, con la única función vital que es la maternidad. Por lo que, la duración, frecuencia, tipo de sangrado, qué prácticas femeninas eran las mejores para manejar la sangre, qué comer, cómo dormir, qué actividades hacer en esos días, cómo higienizarse, etc. se constituyen como parte de ese saber (Tarzibachi, 2017, citado en Calafell Sala, 2020).

⁵⁰ Fue una Promotora de Salud que había obtenido una contratación por el GCABA debido a que vivía en un asentamiento del AP. Ella era oriunda de Perú pero hacía años que vivía en el país, en ese asentamiento. Era enfermera y constantemente estaba realizando cursos o diplomados para fortalecer sus conocimientos. Su rol esencial era emplear tareas comunitarias, acompañar en la gestión de turnos, emplear actividades promocionales y preventivas de la salud, participar en campañas de salud, entre otras, por lo que nuestros jefes consideraron que sería oportuno que se insertará en el equipo territorial por un tiempo. Trabajó con nosotrxs alrededor de un año.

emocionales que de alguna manera buscan expresarse". A Beatriz se le llenaron sus ojos de lágrimas. Nos contó sobre sus múltiples violencias vivenciadas. Había logrado huir de Mendoza junto a sus 4 hijxs, cuando despertó de una internación debido a múltiples golpes por parte de su ex-pareja, tímidamente sostuvo que su propia familia durante años *"me decían que tenía que aguantar y aguantar, hasta que casi me mata, tuve convulsiones y desperté en un hospital, cuando tuve el alta fui a buscar a mis hijos y huí"*. Ya no contaba con la tenencia de lxs mismxs. Evadió hablar de su presente, en especial cuando el Tucu (31 años), su pareja, le avisó que iban a servir la comida.

Al siguiente jueves, quiso hablar con nosotrxs, así que nos sentamos en otro lugar más cuidadoso. Nos solicitó que *"por favor"* no habláramos con el Tucu, *"me hace tanto mal, es un violento, no puedo progresar por su culpa, va por detrás mío, me vigila, me controla, me humilla, me insulta, me hace pedir, acercarme a otros hombres y luego se pone muy violento, no sé cómo dejarlo de una vez"*. No era la primera vez que sucedía algo así. Por algunas situaciones que se daban en el patio o cuando se animaban a contarnos, tomábamos conocimiento que casi todas las mujeres que acudían allí estaban atravesadas por violencias por parte de *"sus guardianes"*; remitían violencias físicas, especialmente verbales, humillaciones reiteradas, control del dinero recaudado de las changas, incluso del ejercicio de la prostitución y de violencias sexuales forzadas; revelando que la estructura elemental de la violencia es la continuidad de enajenación de sus cuerpos que también deben ser conquistados en la SC. Muchos de esos varones que han presentado sus relaciones sexoafectivas de manera *"amorosa"* eran los mismos que en la cotidianidad ponían en ejercicio las implicancias de socializarse dentro del mandato de la masculinidad.

Roberto (32 años) tenía una diabetes tipo 2⁵¹ que dado a la SC incidía negativamente en la adherencia a un tratamiento. Livia (39 años) quien comentaba que estaba parando en el mismo cajero que él y estaban construyendo *"una amistad"* -aunque él decía que era su pareja- mostró preocupación, dedicación, incluso, motorizó para que se presente a los turnos médicos, dejando de lado su propia salud, ya que estaba atravesando una fuerte anemia y menorrea⁵² y utilizaba pañales de adultxs. A medida que pasaron las semanas, Roberto se mostraba bastante animado por haber iniciado su tratamiento. Sin embargo, Livia comenzó a relatarnos que éste se estaba violentando con ella, la perseguía a todos lados, la humillaba

⁵¹ Es una afección en la que los niveles de glucosa o azúcar en la sangre son demasiado altos y se produce a raíz de los alimentos que se ingieren. Como consecuencia, el cuerpo requiere de insulina para ayudar a que la glucosa ingrese a las células para brindar más energía. Si no se logra detección a tiempo, es decir, cuanto más avance el tiempo sin un tratamiento, hay mayores daños que se pueden producir, sobre todo en los nervios y vasos sanguíneos.

⁵² Básicamente son menstruaciones más abundantes y duraderas de lo normal, que en ocasiones requiere de un tratamiento para regular la misma.

“*sos una cualquiera, una puta, una trola, te dejás manosear por todos*”, ya que no daba su consentimiento para tener relaciones sexuales, también comenzó a controlar con quién se relacionaba en la parroquia.⁵³ Por tales motivos, era común verlas apartadas en un rincón, dedicándose a lavar, a colgar la ropa, etc., muy pocas veces cruzaban palabras con otros varones que no fuesen sus “*protectores*”.

A propósito, Melani (31 años) se acercó para revisar unas lesiones en su cuerpo. Le susurró a Sole que su ex-pareja la había golpeado y la había tirado desde un techo. “*Me dijo que su objetivo era matarme y sé que un día lo va a hacer. Siento mucho miedo, viví de todo, pero sé que éste me va a matar*”. Quizás su historia es una de las más cruentas que escuchamos. Vivenció, experimentó, padeció múltiples violencias -abusos sexuales, violaciones, abusos institucionales, acosos, violencia de género y sostenía que podía ser víctima de un femicidio-. Tuvo 5 hijxs, ningunx estaba con ella y una de las cuestiones que más lamentaba era que el de 14 años “*es muy violento, no sé cómo su novia sigue con él, a veces quiero matarlo pese a que lo parí, me ha golpeado muchas veces*”. Narró que consumía constantemente para “*no pensar, soñar, no conectar con la historia de terror de mi vida*”. Tenía múltiples autolesiones en sus brazos. Refirió intentar suicidarse en varias oportunidades. Describió que cuando había logrado huir de la situación de violencia de su ex-pareja, “*corrí por las calles hasta que me crucé a un patrullero y les supliqué, les dije que sabía que no me iban a creer, se me reían, que me suban y me lleven hasta una parada que yo desde ahí me esfumaba*”. Melani nos aclaró que ella “*ya no hacía más denuncias*”, “*a las pibas como yo se nos cagan de risa, nos ven así y no nos creen*”.

Cuando Beatriz nos solicitó ayuda fue la primera en reparar que no acudía a la justicia⁵⁴, “*no hago una denuncia nunca más, ¿para qué?, la justicia que siempre ha sido violenta conmigo. Fue la justicia la que me enseñó que la violencia siempre me ha acompañado en mi vida, es como una amiga, para las mujeres como yo no hay justicia*”. Comenzamos a brindar un espacio de escucha cada jueves. Además, se le propuso un espacio terapéutico desde Sedronar. Con el tiempo pudimos ir pensando algunas estrategias de cómo

⁵³ Una mañana, Roberto le comentó a Sole que había “abandonado” su tratamiento, inferimos que había tenido una recaída en su consumo, días después nos enteramos que había solicitado internarse.

⁵⁴ “Si bien la violencia se relaciona con la no aceptación de la diferencia, está sola premisa no basta para cometer, por ejemplo, un delito de género, un femicidio y tampoco es suficiente para que cueste tanto resolver los casos que tienen que ver con los delitos contra las mujeres por ser mujeres ante el sistema de justicia, como tampoco basta para que un hombre golpee a una mujer hasta dañar su cuerpo y además que el responsable de ese daño se pasee libremente por el espacio público. Para que todo ello suceda es necesaria la existencia de cierto grado de impunidad institucional para con los varones que violentan a las mujeres. Se trata del sistema de impunidades que el patriarcado tiene en marcha y con el que cuenta para perpetuarse como sistema, un sistema de impunidades contundente en sus acciones, pero difuso y camaleónico en sus prácticas porque están absolutamente naturalizadas bajo el polvo de lo consuetudinario” (Bertero y Carpintero, 2021, p.41).

eludir al “Tucu” para resguardar ese espacio de cuidado, aunque todo ereccionó cuando Beatriz comenzó a contar con el mismo. Un día dejaron de asistir⁵⁵.

En el caso de Melani estábamos frente a un riesgo inminente. Le hablamos sobre la posibilidad de acceder a un Refugio para Mujeres víctimas de violencia de género a lo que se negó rotundamente ya que conocía a otras mujeres que *“no me han hablado de buenas experiencias”*, *“conozco muy bien a las instituciones y no quiero estar en ninguna”*⁵⁶.

Éstas mujeres son multirresistentes tanto por el continuum de las violencias a las que se han visto sometidas a lo largo de sus vidas, como, de igual modo o más trascendental, por el continuum de violencias misóginas institucionales a las que están expuestas reiteradamente. Cuando sostienen que a *“mujeres” como ellas* la justicia y las instituciones *“se les ríen en la cara”*, cristalizan la banalización de sus relatos, la falta de credibilidad epistémica (Radi y Pérez, 2019) y la racialización de sus cuerpos por parte de las instituciones patriarcales. Sin embargo, no se encuentran permanentemente en situación de sometimiento. En sus multirresistencias destellan su capacidad de agencia, por eso, saben, perciben, conocen cómo relacionarse con las instituciones. Por ello, son las que han mostrado mayor reparo a la hora de relacionarse con el equipo de salud.

“Me siento mal, me siento puérpera”

“Una mañana me avisaron que Azul (25 años) quería hablar conmigo a solas. Las primeras semanas que habíamos llegado a la parroquia se había llevado a cabo una campaña de vacunación antigripal. En ese contexto, una enfermera se había acercado a ésta para comunicarle que *“era importante en su estado de embarazo tuviera los controles médicos y las vacunas aplicadas”*, ese día -casi por obligación- lo terminó haciendo. Esta situación había generado “mucho ruido” al equipo ya que considerábamos que la actitud de la enfermera había sido desagradable/violenta, no queríamos ser “anexados” a ese tipo de prácticas.

Junto a sus pares, solían sentarse apartadas algunas tocaban su panza, otras encendían un cigarrillo, compartían el mismo, Azul fumaba. En una ocasión, crucé por al lado de ellas

⁵⁵ Pudimos saber por una institución barrial a la que asisten PSC que se había generado una vacante para “Caléndula” pero no para “el Tucu”, con lo cual ésta podía empezar a pernoctar allí. Éste comenzó a hostigarla constantemente, durante el día se presentaba, armaba escenas de celos y de violencias. Finalmente, un día “Caléndula” aludió que “por cansancio y vergüenza” se iba con él. Al momento de escribir esta tesis se desconoce su paradero.

⁵⁶ Refirió que desde en Vientos de Libertad estaban intentando gestionar una vacante “es para una granja, deseo desaparecer y que nadie me encuentre, necesito hacer algo por mí misma”. Una compañera de dicho espacio referenció que la vacante se dificultaba porque buscaba internarse junto a su hija “para sacarla de la casa de su ex”. Se pensaron alternativas en conjunto pero al momento de conversarlas con ella, sostuvo que seguiría aguardando hasta que se origine la vacante. Mientras tanto continuaría acercándose al lugar de lunes a viernes para permanecer lo menos posible en SC, ya que consideraba que en cualquier momento su ex-pareja la podía encontrar. Finalmente obtuvo la vacante pero logró permanecer 24hs, decidió marcharse por sus medios.

cuando “la Turca” extendió su mano y me dijo si quería fumar: *“esto es lo más light que te podemos convidar a vos”*, todas comenzaron a reír. Claro que sentí muchos nervios, se burlaban de mí. *“¿Vos sos la trabajadora social, no?”*, me consultó Ana. Se miraron entre ellas. Azul encendió otro cigarrillo, *“¿querés o no?”*. Les dije que no fumaba, también les confirmé que era TS. *“En mi país son distintas, pero acá son tremendas las de tu gremio”* sostuvo “La Cubana”. Se hizo silencio por un momento hasta que “La Turca” hizo un chiste y todas reímos”.

Azul solía acudir junto a Juan (33 años), fue ella quien recurrió para consultarme si podía *“ayudar a su pareja a armar un CV”* ya que estaba en la búsqueda laboral. Les sugerí que podían pasar por el CeSAC; unos días después se presentaron. Me comentaron que hacía un tiempo estaban juntxs, dormían en una *“ranchada”* cercana a la parroquia. Azul expresó que en el CeSAC *“la conocían muy bien”*, que la habían atendido desde varios servicios, sobre todo, el ginecológico. Por lo que pude recuperar de su HCl, había tenido seis embarazos, tres abortos espontáneos, los otros estaban institucionalizadxs. De manera detallada, los registros hacían alusión respecto al modo en qué se presentaba a las consultas, *“violenta”, “drogada”, “sin controles de embarazo”, “sucía”*. En nuestro encuentro no hizo referencia respecto a sus embarazos previos ni al que estaba cursando. Luego de compartir un té, elaboramos el CV, se retiraron, por unas semanas no les volví a ver.

Un jueves me avisaron que Azul estaba en la canchita así que me acerqué. Reparé que estaba agitada, le ofrecí colgar la ropa. Se tocaba la cintura, expresaba cierta molestia. Le consulté si tenía idea de cuán avanzado estaba el embarazo, *“creo que me debe faltar poco, por mi experiencia lo digo”*, *“Maru, ¿vos hablas mucho con Gía, no?. Siempre las veo hablar. Nos conocemos desde muy chicas, nuestras historias son parecidas. Fui mamá a los doce, a mi bebé se lo quedó la familia de mi violador y no lo puedo ver, debe estar muy grande ya”*. Recuerdo haber sentido un nudo en mi estómago, quedar en shock ya que no esperaba que me cuente aquello, me tembló un poco el cuerpo, como pude le tomé una de sus manos, Azul me miró y con la otra mano tocó su panza y expresó: *“ahora no va ser distinto, ya lo sé”*. Desde ese día no la volví a ver hasta casi tres meses después que buscó hablar conmigo a solas esa mañana.

A través de su experiencia, se marcaron con vehemencia el modo en que opera la salud pública patriarcal. Determinada por su conocimiento occidental y su androcentrismo, “el cuerpo femenino” ha experimentado la legitimación de ese saber-hacer-conocer que ha permitido el control social de sus procesos fisiológicos⁵⁷, por ende, la conjunción entre la

⁵⁷ Foucault daría a llamar a este procedimiento como la *anatomopolítica*, “esta forma de biopoder, se ocuparía de la educación del cuerpo, el aumento de sus aptitudes y sus fuerzas, el incremento de su utilidad y su docilidad y su integración

modernidad, la colonialidad del saber y el MMH androcéntrico han engendrado las bases donde se enquistan y perpetúan los efectos insalubres del sistema patriarcal. El embarazo, el parto y el puerperio son una expresión de ello. Mediante una modalidad reiterada de las políticas, las mujeres se han constituido como únicas interlocutoras responsables de la SSyR, las mujeres en SC no son una excepción.

Las representaciones de “la Mujer” gestante, la atención al parto y al puerperio están modelados por “el mandato” que bajo esa capacidad biológica para engendrar y amamantar, traspone y reproduce esos ideales culturales, sociales, políticos e históricos sobre la maternidad. Según Vereza (2004) la misma se torna una experiencia sobrecargada de significados sociales que paradójicamente no suele ir acompañada de un proceso reflexivo acerca de lo que motiva la experiencia ni acerca de las formas que adopta, “lo cual parece hablar de que “todos sabemos” de qué se trata ese deseo.” (p.12).

Muchas de las mujeres cuando han tenido la oportunidad y se han animado a narrar las experiencias de su maternidad, han puesto de manifiesto las múltiples violencias que han padecido, incluyendo a la obstétrica,⁵⁸ como también lo cruento que ha sido el desarraigo y la institucionalización de sus niñas en hogares o al quedar a cargo de familiares, ya que ellas no han sido reconocidas como “*buenas madres*”.

“Azul, se sentó en un banco debajo de la galería con la mirada hacia el suelo. Cuando me acerqué, la saludé y me senté a su lado, le pregunté cómo estaba. Automáticamente respondió: “*cómo querés que me sienta, me siento mal, me siento puérpera.*” Se notaba que la leche de sus pechos había traspasado la remera larga y blanca que llevaba puesta. “*Me siento dolorida, me duelen las tetas, me sacaron a mi bebé, se lo dieron a la familia de Juan y nos pusieron una perimetral así que no podemos acercarnos*”. El poco tiempo que pudimos compartir ahí sentadas, lloró y estuvo en silencio. Se la notaba bastante deprimida. Me contó que cuando le realizaron estudios encontraron cocaína en sangre, por tal, dieron intervención judicial.”

Más allá de estos resultados, Azul ya había sido prejuzgada, estigmatizada y sentenciada por sus antecedentes previos. Los registros de su HCI reflejaban que ningunx de sus hijxs estaban a su cargo. Y lo que argumentaba aún más la judicialización actual, era que no había realizado los controles durante el embarazo, probablemente en el curso del parto

a sistemas de control eficaces y económicos. Y aquí las tecnologías médicas jugarían un rol fundamental, pues ellas permitirían la potenciación de aquellos aspectos del cuerpo humano más relevantes para la realización de los fines propuestos por el poder anatomopolítico” (Escobar Ortiz, 2015, p.147).

⁵⁸ La Ley 25.929 “De Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que desarrollan sus Relaciones Interpersonales” establece que 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, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales.

sumado a la situación de consumo fusionaron como una combinación que reflejaron que no reunía con los atributos, roles y estereotipos de “*una buena mujer, una buena madre*”. No era extraño que en el registro de su HCI no se hiciera alusión a su propia historia como tampoco a la figura del progenitor lo que refuerza el biologismo del MMH y su androcentrismo.

Azul remarcó que estaban evaluando “*su capacidad*”, por lo tanto, para recuperar la tenencia de su bebé debía presentarse a todas las citas judiciales, además, mostrar adherencia al tratamiento abstencionista al que fue sometida. La misma situación era la que había atravesado Sofía cuando solicitó que pudiera dar cuenta de “*su buen comportamiento*”. Setién y Parga (2018) observan que se despliega un dispositivo de disciplinamiento sobre las conductas “desviadas” de las mujeres usuarias de sustancias psicoactivas, entendiendo que en la tríada familia-sistema de salud-sistema judicial se intentan “normalizar” las mismas, ya que se “promueve un tratamiento individualizante que restringe los apoyos sociales y que al mismo tiempo afirma el “rol de cuidadoras” de las mujeres, quienes dejan relegado su propio cuidado para ocuparse de otros/as” (p.97).

Lo que parece oportuno señalar es que no se ha realizado en cómo “ese horizonte donde se ubica a la maternidad” (Tarzibachi, 2017) se ha proyectado en sus vidas, puesto que, “la maternidad se estructura, pues, sobre una serie de sobreentendidos de género sin que medie ninguna evaluación sobre los costos que implica el que siga siendo de esta manera” (Verea, 2004, p.12).

Azul, Sofía, Gía y Melina habían sido forzadas a ser “niñas-madres” producto de violencias sexuales intrafamiliares y por conocidos cercanos. De ese modo, habían sido obligadas a parir y a reproducir los supuestos de esa “condición natural” de las mujeres. Ni desde el sistema judicial ni desde el sistema de salud habían velado por sus derechos o las habían acompañado en la reparación de los daños, ultrajes, traumas, como tampoco habían intentando preguntarse acerca de sus historias o por la condición de encontrarse en SC ante edades tan pequeñas. Por el contrario, han sabido “*muy bien*” cómo criminalizar sus conductas, patriarcalizar sus cuerpos y sus subjetividades bajo el lema de “*velar por los derechos del niño o el recién nacido*”, cuando justamente ellas encarnan desde sus propias infancias todas las violencias misóginas patriarcales que estas instituciones se encargaron de invisibilizar. En otras palabras, esos discursos, reimprimen la idea de cuerpo como dado, de múltiples fuentes de opresión, de una territorialización en constante disputa, que se desatiende de los daños profundos en la salud, por tal, es consecuente que ellas experimenten esa persecución reiterada de las instituciones y se autoperciban como “*mala madre*”.

La mayoría de las mujeres estaban atravesadas por situaciones similares. Algunxs de sus niñxs permanecían en hogares, aunque no tenían contacto físico, continuaban de cerca el procedimiento judicial con el fin de recuperar sus cuidados. Otrxs, habían sido entregadx en adopción, puesto que eran las escenas más dolorosas hablaban muy poco sobre el tema. En otras circunstancias, permanecían bajo el cuidado de sus familiares, tenían un contacto esporádico, solían juntar dinero, alimentos, ropa, juguetes y se les alcanzaban. Narraban ciertas dificultades con la vinculación ya que sus familias insinuaban cierto “rescate”⁵⁹ por parte de ellas como condición para ver a sus hijxs.

Castilla y Lorenzo (2012) sostienen que las mujeres atravesadas por las experiencias de maternidad y de consumo dentro de un contexto de pobreza, de vulnerabilidad y marginalidad experimentan una triple exclusión, como pobres, adictas y madres, de modo que sus maternidades se emplean entre normativas morales sobre el cuidado, atención y contención de sus hijxs como también por dinámicas propias que impone el consumo. Refieren que durante el consumo agudo las mujeres experimentan “emociones maternas en suspenso” que se oponen a esas imágenes, significados, prácticas y sentimientos asociados al “amor materno”. En ese periodo de “giras” implementan diversas estrategias para tal fin. En este caso, algunas de ellas nos han relatado que han ejercido la prostitución como un mecanismo para acceder al consumo y sobrevivir en la calle.

Aurora (50 años), en su momento de “rescate” se acercaba al CeSAC para charlar. Aludía cierta vergüenza y culpa por haber iniciado su consumo “*de grande, dejando a mis hijas, que hoy me lo reclaman. Las dos más grandes no me quieren ver, ya no me abren las puertas de sus casas, aparte, se hicieron cargo de mis dos hijas más chicas, soy una vergüenza, pero ellas no entienden lo dañada que estoy por dentro*”. Tenía varios problemas ginecológicos, hemorragias, quistes, problemas reumatológicos. Si bien por momentos lograba cierta adherencia a sus tratamientos, debido al atravesamiento de su consumo, solía abandonarlos. Había sido víctima de violencia de género por parte del progenitor de sus hijas. Refería que las veces que le solicitaba ayuda a su madre y padre, sobre todo éste último, se reía y sostenía que no podía dejar a su marido, “*claro, gracias al consumo pude darme cuenta de la complicidad de los violentos, él siempre había maltratado a mi mamá, la*

⁵⁹ Según Epele (2010) esta categoría nativa hace alusión a los modos de regular y/o detener el consumo intensivo de drogas. “Este complejo de rescate se ha ido conformando como un conjunto de respuestas parciales e informales respecto de la combinación entre el desamparo y el abandono estatal de estas poblaciones a su suerte” (p. 185-186). Con ello surgen las ideas de mandatos verbales que refieren a la idea de “rescatate”; “ser rescatado por alguien” y “rescatarse”. “Aun considerando estas variaciones, el rescate remite a un proceso complejo que, combinando mandatos, acciones, decisiones e intervenciones de otros, supone siempre el vínculo social (...) Por lo tanto, la posibilidad de rescatarse, de salirse, está directamente relacionada con la disponibilidad de cierto capital social, en términos locales de alguien o algunos a los que el adicto “les importe”, que lo quieran o al menos quieran ayudarlo” (Ídem).

humillaba, le pegaba, ¿qué podía esperar?. Encima, cuando mi mamá murió de cáncer tuvo el tupé de decirme que era mi culpa y mis drogas y él no tuvo las pelotas para asumir todo el daño que le había hecho. Por eso, no sé si sigue vivo pero para mí murió”.

Castilla y Lorenzo (2012) consideran que luego de esas giras deviene un periodo al que denominan “bajón emocional” que son los malestares asociados a la “culpa”, la “vergüenza”, a la tristeza, al miedo de no saber cómo establecer ciertos vínculos. La idea o el sentimiento de “rescate” aparece asociado a un apego intenso emocional en el que fuertemente buscan relacionarse con sus hijxs, empero, entienden que ese apego persiste aún durante esas “emociones maternas en suspenso”.

Una mañana estaba caminando sobre la vereda cuando divisé que había una mujer pateando la puerta de la parroquia. Al acercarme percibí que era Ana (25 años), del otro estaba Coqui que le decía: *“así no podes entrar”, “vino a las 7, estaba bien, me entregó sus bolsas, me pidió que se las cuidará, que se acercaba a las 9 a lavar pero volvió así de transformada”.* Aparentemente había consumido sustancias y alcohol, incluso, su ropa traslucía incontinencia urinaria, lloraba bastante: *“sólo le pido que me dejé cambiar la ropa, mira cómo estoy ¿qué clase de cura es?. Me dijo: “sabes lo feo que es estar sola, ser una mina en la calle, tener que aguantar la humillación, sacar a los pibes corriendo porque vienen como perros alzados. Ser madre y que te nieguen ver a tus hijos, pensar todo el tiempo si alguien los estará cuidando o le están haciendo daño y que me pidan a mí que me rescate, que me rescate de qué. Nadie sabe, ni la iglesia, ni el cura, ni los profesionales saben lo que sufrimos, lo que llevamos por dentro las pibas como yo. ¿Que si estoy loca? Si, como no lo voy a estar, con todo lo que pasé con todo lo que me hicieron, pero locos son los que no ven, no las que sufrimos. Cuando hablo con el de arriba -miró al cielo y se besó una medalla que llevaba colgada- le pido que cuide a mis hijas, que no sufran lo que me tocó sufrir”.*

Bajo los efectos del consumo Ana pudo reverberar absolutamente todas las injusticias patriarcales por las que se ven atravesadas en SC. Reiteradamente se criminalizan sus conductas, se racializan sus cuerpos, porque ante la vista de la sociedad y las instituciones son mujeres que no han adherido a los mandatos, roles, estereotipos; no tienen *“cara de buena mujer, una buena madre”*, son *“madres que han abandonado”* a sus hijxs o *“son buenas merecedoras”* de que se las haya excluido de sus posibles *“amor maternal”*, pese a que -e insisto con ello- muchas han sido forzadas a ser niñas-madres producto de violencias sexuales. En la situación de marginalidad en la que se encuentran, se les exigen cuidados, que sean cariñosas, estén presentes, pendientes, entre otros atributos de *“una buena madre”*, cuando ellas mismas han carecido de los mismos durante toda sus vidas por parte de sus

propias familias que les exigen que se “rescaten” como por las propias instituciones estatales⁶⁰ que debían y deben velar por sus derechos. No son mujeres-madres que se han desatendido de ese amor, por el contrario, para muchas de ellas, el acto de no poder estar con sus hijxs ha generado efectos degradantes, han aprehendido a sufrir en silencio.

A partir de mi vínculo con Gía (26 años) di cuenta mediante sus propias expresiones y autopercepciones de esos efectos y dolores. Era de contextura pequeña, pelo oscuro, piel morena, de un cuerpo lleno de cicatrices, con gran deterioro de su SM producto del consumo de crack y de la SC, de múltiples afecciones de salud desatendidas como el VIH, operaciones pendientes, etc. Desde los 11 años estaba en SC fruto de violencias sexuales por parte de sus tíos. A los 14 años parió a su única hija. Con un relato difuso, aludía a que su madrina había decidido asumir los cuidados de la niña. Doce años más tarde, había decidido intentar vincularse y revelar su derecho a la identidad pese a la oposición de su madrina. Para esto, junto a Amadeo (22 años), su pareja, se habían alejado de “*las ranchadas*”, pedían comida en los restaurantes y vendían latas de cerveza. Un día sentadas sobre el paredón de la canchita me comentó: “*la pude conocer, es igual a mí. Me dió tanta vergüenza hablarle, después sentí miedo, le dije que era su mamá. Seguro que la asusté, no tengo cara de buena madre. La quiero volver a ver, pero antes tengo que hacer algo conmigo*”. Meses después, Gía estuvo atravesada por varios vaivénes. Recayó en el consumo e intentó suicidarse motivo por el cual la habían institucionalizado en un hospital de SM del cual había huido, había herido a una de sus pares en una riña callejera, había vuelto y se había alejado de “*las ranchadas*”, luego, había desaparecido por un tiempo.

Una tarde me encontraba en el CeSAC cuando sorpresivamente se acercó. Me contó que se habían alejado del consumo y estaban durmiendo en la casa de los familiares de Amadeo, “*¿no me ves más gorda Maru?, no sabes lo rico que cocina mi suegra, nunca nadie cocinó algo para mí. La ayudo a vender en la feria*”. Ese tiempo de “*rescate*” fue oportuno ya que pudimos gestionar su DNI que desde los 8 años no tenía. También pudo atender algunas cuestiones propias de su salud y en ese momento fue cuando Amadeo comenzó a insistir que “*quería un bebé*”. Cuando le consulté que deseaba ella sostuvo que no era posible considerando que “*no tenía cara de buena madre, es muy probable que me lo saquen*”. Con posterioridad, comenzó a indagar algunas cuestiones de mi vida “*Maru ¿vos sos madre?. No importa si tenés o no, pero el resto que te ve dice esta mina tiene cara de buena mujer, buena*

⁶⁰ Al respecto, Segato (2019) entiende que el Estado tiene un ADN patriarcal, su naturaleza es patriarcal, ya que constituye el último momento, la última estructura generada por la historia de la masculinidad. Por esta razón, nunca funcionó el viejo método de acumular fuerzas para tomar el Estado y desde allí cambiar la historia.

madre. Cuando me ven a mí, se asustan, nos miran distintos, un niño no me podría ver como madre y en estos lugares -hizo un círculo con su dedo índice señalando al CeSAC- tampoco me ven así. ¿Tenés pareja? ¿quiere tener un bebé? ¿te insiste? Para los varones todo es más fácil. Amadeo es más rescatado que yo pero no tan distinto, a él nadie le diría nada, a mí ya me marcaron, me sacarían algo que salió de mí, sufriríamos distinto”.

De algún modo, Gía había podido señalar los efectos de la racialización en los procesos de salud, que nos hablan de los estigmas, la discriminación, la exclusión que experimentan; ese continuum de violencias vivenciadas que continúan vivenciando en SC. Esos procesos de racialización, no sólo habla de tonos de pieles, además, hace referencia que ante la falta de negociación valores de blanquitud (DiPietro, Webconferencia PRIGEPP, 2019), Gía, como el resto de estas “mujeres” se han constituido como “malas mujeres, malas madres, malas pacientes”. Como correlato, es casi “una condición natural” que se autoperciban de tal modo y/u observen a otras mujeres con otras caras, incluso, hacia esos varones que se encuentran en la misma condición de consumo y calle. Y las instituciones en general, particularmente la de salud, las que ellas “*conocen muy bien*”, sostienen retóricas que sellan esas diferenciaciones.

“Y, no soy yo quien puede quedar embarazada”

Luego de haber parido y que le sacaran a su hijx, Azul solicitó un turno para que le colocaran un DIU⁶¹. Mientras ella aguardaba ser atendida, le pregunté a Juan si podíamos charlar un rato a solas. Azul había parido, había perdido su tenencia y ahora solicitaba un MAC, toda la responsabilización parecía estar a su cargo, por lo tanto, quería saber qué cuidados y responsabilización asumió él en todo esto. “*Me echaron del trabajo cuando pedí salir porque mi mujer estaba pariendo, a los dos días me dijeron que ya no tenía más trabajo*”, “*yo le decía que no bardee, que no consuma pero ni cabida. Azul anda desde los 11 o 12 en la calle, es una piba que nadie la crió o le puso límites o le dio normas*”. Cuando le consulté qué hizo durante todo ese tiempo, aludió que estaba en situación de consumo a excepción de cuando había conseguido ese trabajo: “*yo empecé a estar en la calle por el consumo, de grande. Tengo 2 hijos que les di un techo, tuve trabajo, sé de responsabilidades. Tengo una familia que ahora no me quiere ver porque no puede entender lo bajo que caí, de*

⁶¹ Es un MAC llamado dispositivo intrauterino (DIU) el cual se coloca en el útero para prevenir embarazos no deseados. Se entiende que es uno de los MAC más efectivos que existen, requiere cierto control ginecológico durante su uso, para ir evaluando, por ejemplo, que el mismo se encuentre bien ubicado.

hecho, ellos tienen al bebé pero pusieron una orden perimetral por Azul, no la pueden ni ver". Recuerdo haberle preguntado si había deseado tener a ese bebé, *"¿por eso no te cuidaste?"*. Me miró perplejo *"no sé no lo pensé, ella está muy rota por dentro, ella ya pasó por estas, yo no, como te dije tenemos historias distintas"*. Golpearon la puerta, abrí, era Azul. No la habían atendido porque su turno era por la tarde, así que se marcharon. Horas después volvieron, mientras ella esperaba ser atendida, él se acercó y me dijo: *"creo que me la estoy mandando, me la llevé a un hotel"*. Ese día debido a la demora Azul terminó yéndose. De hecho, esa fue la última vez que la ví. Al tiempo, Ana me comentó que Azul ya no estaba con él, aparentemente estaba nuevamente embarazada⁶².

Muchos discursos no estaban alejados de las conductas generalizadas respecto a la falta de culturización sobre los (des) usos sobre el preservativo, principalmente se intenta evitar un embarazo no deseado pero se pierde foco sobre las ITS⁶³ o a la inversa pero contada veces van de la mano, *"sólo lo uso si no la conozco ¿qué sé yo si tendrá algo?"*, *"prefiero que se cuide ella porque el preservativo me genera incomodidad"*, *"y, no soy yo quien puede quedar embarazada, jeje chiste"*.

En una ocasión me acerqué al "Jujeño" para entregar preservativos, me miró, se rió, y los guardó en su bolsillo. Intencionalmente le pregunté cómo iba todo con Sofia, *"estamos muy bien, nos entendemos"*, *"qué bueno, entonces te recomiendo que guardes los preservativos en otro lugar y no en el bolsillo porque con la fricción se te pueden romper o perforar"*, volvió a reírse y me dijo que *"no era para tanto"*. En esa conversación charlamos sobre los cuidados que venía realizando, se estaba alejando del consumo, asistía a Sedronar, referenció querer internarse, empero, esos cuidados no estaban puestos en su relación sexoafectiva. Al tiempo, ella nos solicitó la posibilidad de realizarse un test de embarazo ya que tenía un atraso menstrual. Luego, por una pelea que tuvieron, Sofia dejó de asistir. Esto fue por una recaída en el consumo y por un *"supuesto embarazo de él"* que ponía en dudas *"ya que sabemos como es la piba"*.

No era la primera vez que escuchaba algo así, *"a esa la conocen todos"*, *"y por el consumo entrega hasta su alma"*, *"y bueno, mírala cómo es"*, *"me dice que soy una puta,*

⁶² Tal como sostiene Pozzio (2011) "toda política, implícita o explícitamente, contiene una idea de género. Las políticas no son sexualmente neutras y menos aquellas que se proponen intervenir sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción, como es el caso de las políticas de salud" (p.7). En este sentido, la sexualidad se ha constituido como un dispositivo de control y de disciplinamiento del cuerpo de las mujeres que explica la predominancia de políticas de perfil materno-infantil y que excluye a varones, reflejando que "los ministerios de salud carecen de perspectivas de género y de equipos que estén preparados en materia de género, derechos sexuales y reproductivos. Suelen estar preparados de manera técnica para entregar MAC, etc." (Dides, Webconferencia PRIGEPP, 2021), así perpetúan mandatos y roles que en la SC agrava y sobrecarga de responsabilización a las mujeres sobre la SSyR.

⁶³ Infecciones de Transmisión Sexual. Las más frecuentes son: sífilis, gonorrea, clamidia, herpes simple, hepatitis B, hepatitis C, HPV, VIH.

que me miran todos". Sobre esos supuestos se reproducen las bases de la construcción social de los géneros; la calle es de los varones y las mujeres que están en esa situación son "*mujeres predispuestas*", "*son las peores*", "*son merecedoras*" de sus destinos porque han roto con los mandatos y roles que socialmente se les ha impuesto. Sin embargo, como estrategias de supervivencia se ven expuestas a la reproducción de esos supuestos, pues irónicamente, es un territorio donde genéricamente se han impuesto estas reglas.

Los modos de referenciarse sobre ellas, traslucía la complicidad de las masculinidades para desresponsabilizarse de sus paternidades. Muchos habían roto vínculos con sus familias desconociendo que se encontraban en SC "*no quiero que se enteren, me da vergüenza*". Otros, se habían acercado sin herramientas para afrontar "*esos abandonos, así me lo recalcaron mis hijos*", "*no me quieren ver más*", "*no soy un ejemplo para ellos*" pero en otras situaciones han manifestado no poder asumir los cuidados: "*estaba tan perdido que un día le dije a la madre de mi hijo esto no va más, que yo no me podía hacer cargo. Sí, ahora estoy mejor, es el día a día pero no puedo ser padre*", "*prefiero que estén con la madre*", "*no estoy en condiciones de hacerme cargo*". No se puede afirmar que para muchos de ellos no hayan sido situaciones dolorosas, incluso, hemos visto degradaciones en su salud como consecuencia de éstas, no obstante, sus desresponsabilidades se traducen en una sobrecarga para esas mujeres que maternan en soledad.

En un momento determinado habíamos implementado el testeo de VIH-Sífilis lo que nos permitió visibilizar no sólo estereotipos de las masculinidades, además, que la falta de desconocimiento sobre sus propios cuerpos o de acceso a la información operaban para reforzar los mismos, y como contrapartida, exponía a las mujeres que compartían relaciones sexoafectivas con ellos.

En una ocasión, uno de ellos nos dijo que se quería testear, "*mi ex- me obliga a coger. Me busca, me busca, y no puedo negarme, vos sabes Pablo no se puede rechazar a una mujer. Tiene VIH, no creo que se cuide si es cualquier cosa la mina, hasta mis hijos saben que es mala madre, eso es lo que piensan de ella, pero yo no me puedo negar*". En cierto punto nos quería demostrar cierta "caballerosidad" y en Pablo buscaba la complicidad, pero sus creencias lo segaban respecto a su propio cuidado. Siempre parecía ser que la responsabilidad recaía en ellas, en sus comportamientos y en su falta de cuidado. En una circunstancia Agustín (27 años) se acercó con el temor de tener algo, se levantó su remera, tenía sarpullidos. Intentaba "ser cuidadoso" para no nombrar a "*la piba con la que andaba*" pero todo el tiempo insinuaba que "*todos la conocen acá*", "*y sí andamos juntos a veces, porque es una loca, pero qué sé yo que tiene, antes no tenía esto y ahora que nos rozamos*

tengo esto". Claramente en sus encuentros sexoafectivos no usaban preservativo, aunque se ponían ansiosos, incluso, insistentes para realizarse el test ante el temor *"de que ésta me haya contagiado algo"*. De manera incoherente se acercaban a testear, *"me dio negativo ¿significa que no embaracé a ninguna mujer?"*, *"estuve con alguien sin forro, me muero si tengo algo qué le explico a mi mujer"*, *"cuando escabio hago cualquiera no mido las consecuencias"*; no obstante, sus representaciones acerca la SSyR dejaban al descubierto que la SC también reimprime ideas de que la responsabilización de la procreación queda en manos de las mujeres. A ninguno de ellos hemos oído reflexionar sobre la posibilidad de haber embarazado o haber expuesto a una mujer en el marco de esos encuentros⁶⁴.

Todas estas cuestiones paradójicamente reverberan que pese a estas estrategias sanitarias "más tecnicistas" forman parte de sus derechos, insinúan la posibilidad de cambiar comportamientos -individuales- que se desatienden sobre el contexto donde se ponen en práctica las mismas, lo que lleva a que las masculinidades se vean más favorecidas a reproducir estereotipos que abandonar los mismos. En contrapartida, hay "mujeres" que vivencian un continuum de violencias suscitando impactos de un modo sustancial en su salud, que en un territorio como éste, se funden y recrudecen, por no adaptar valores de blanquitud exponiéndose a efectos de racialización. Sin embargo, hay "mujeres" que aún atravesadas por esas violencias, deciden, desean, negocian, tienen agencia y multirresisten en sus adversidades, generando otros efectos posibles en su salud pero muchas veces con grandes costos, como se verá en el próximo capítulo.

⁶⁴ Es necesario señalar que si bien estas masculinidades marginales están expuestas a determinadas violencias y riesgos en la SC, como se sostuvo en el primer capítulo, quienes han accedido a realizarse el testeo han vivenciado la espera de los resultados con mucho temor y miedos manifestados.

Capítulo III: “Sobre amar, sufrir y morir en situación de calle”

Hasta aquí, hemos podido ver el modo en que embiste para los varones y las mujeres la SC. En este sentido, observamos que las relaciones que establecen entre los varones y sus pares, como también con las mujeres en la calle, son un punto de escisión y ebullición para que los mandatos y estereotipos jueguen un rol importante para determinar sus efectos en la salud. No sólo desde las relaciones de dominación y sumisión, también por el acompañamiento de las instituciones patriarcales, que mediante sus creencias y efectos de racialización, abonan a las desigualdades de género.

Sin embargo, esas desigualdades están acompañadas y sostenidas por ciertas convicciones sociales de cómo se construyen las relaciones sociales entre los géneros. Estos supuestos, en la SC tienen funcionamientos diferenciales entre los varones y las mujeres. Por lo tanto, a continuación, nos ocuparemos de dar cuenta cómo esos valores socialmente aceptables cultivan esas desigualdades de género, que atravesados por otros sistemas de opresión, determinarán las formas de vivir y de morir.

“Por amor”

“Golpearon la puerta del Servicio Social, me levanté, abrí, era Pía. Me sorprendió verla dado que hacía un tiempo habíamos empezado a esquivarnos mutuamente. Mis compañeras me comentaron que les había preguntado “¿qué onda conmigo? ¿Qué onda entre “Cachete” y Maru?”, aparentemente ante la no respuesta, se volvió más insistente hasta que una de ellas le insinúo “mira que nada que ver, Maru está en pareja”. “Pasaba por acá, te vine a ver a vos”. Claramente me sentía muy incómoda con la situación. “De todas las veces que hablamos nunca me preguntaste cómo lo conocí”. Le respondí que no solía preguntar nada que no quisieran contarme, como tampoco me gustaba que preguntaran sobre mi vida íntima. “Te quiero contar así ves que entre nosotros hay una historia”. Luego que relató con muchos detalles toda su relación, interpreté que Pía había venido a marcar los límites, a marcar “su territorio”, a “defender a su hombre”.

Pía (20 años) fue una de las primeras mujeres con la que nos relacionamos al llegar a la parroquia. Su vinculación con el equipo, la forma en la que se relacionaba con sus pares, sobre todo con su pareja “Cachete” (38 años), marcaron con vehemencia los nudos de esta tesis acerca de cómo el género, los condicionantes sociales y la racialización puede afectar la salud señalando diferencias en la SC. Por otra parte, pusieron de manifiesto que lejos de autoperibirse cómo “víctimas” del sistema capitalista-patriarcal, la calle se presenta como

una conveniencia donde “los lazos sociales no siempre se pierden, por el contrario, se amplían, se flexibilizan, se discontinúan, pero no se rompen” (Pelagage, 2024, p. 127).

En algunas conversaciones, los varones nos han hablado acerca de sentir “*tristeza porque nadie me da una oportunidad*”, “*estamos fuera de la sociedad*”, “*aprendo a vivir así porque ya no tengo chance*”, que refleja los efectos de una sociedad desigualitaria y qué implica permanecer en los márgenes. Aún así, del lado de las mujeres, pese a ese continuum de violencias, nunca las había oído sentirse “*víctimas*”. Por el contrario, como se vio en el capítulo anterior, han aprendido “*muy bien*” las lógicas y las reglas que imponen la conjunción entre ambos, por lo tanto, han aprendido a relacionarse con las instituciones como un modo de sortear esos estigmas que se les intenta adjudicar, y en ocasiones, asumen.

Pía era una expresión de paradojas puesto que a diferencia de sus pares, la calle se había presentado como una opción más. Algo similar sucedía en las historias de Gemma (31 años) y Murria (43 años), las tres eran mujeres que provenían de CABA, contaban con ciertos recursos, con ciertas redes, la calle era “*mi elección*”. Lo que compartían en común era el atravesamiento o la aprehensión “del amor romántico”:

“Las mujeres no nacemos amando, aprendemos a amar. Existe una educación para el amor (...) nacemos sexuadas, con características sexuales específicas y es a partir de ellas que aprendemos los contenidos de género. En nuestra cultura, uno de los contenidos de género fundamentales es aprender a ser seres del amor y a definir nuestra existencia en torno al amor, a las diversas formas del amor” (Lagarde, 2018, p.20).

Pía, Gemma y Murria eran seres del amor a su manera. En un territorio genéricamente masculina, donde las mujeres implementaban prácticas como cartoneo, prostitución, robos, etc., parecían responder a “tipos diferenciales entre un estilo más masculinizado o feminizado” (Bogliano, 2022); ellas, en cambio, se aferraban a esa construcción heteropatriarcal del “amor” que las había llevado a la reproducción de estereotipos ideales en un escenario adverso, aún asumiendo riesgos, aprendiendo a “negociar” los valores de blanquitud. Que desde un punto de vista expresaba cierta fusión y transformación “desde abajo -el territorio- hacia arriba -las estructuras-” o la inversa, sobre la construcción social de los géneros y la “renuncia” al acceso a cierta materialidad “*la casa de mi familia*”, “*el departamento de mi mamá*”, “*la casa donde me crié con mi abuela*” por “*ese amor*”.

A diferencia de esos “varones ideales” que se pueden ver en las películas y novelas, “los príncipes” de estas historias estaban marcados por trayectorias que corrompen ese modelo de masculinidad hegemónica que han impuesto las sociedades modernas, el capitalismo industrial, la división sexual del trabajo. Ellos han surgido con el orden del estado

subsidiario y el neoliberalismo, no suelen ser sostén económicos ni proveedores o responsabilizarse por sus familias, todo lo contrario, se movilizan dentro de las economías informales, están desprovistos de cierta materialidad, se desresponsabilizan de sus paternidades, están atravesados por el consumo, la delincuencia, etc., se alejan de patrones, normas, ideales, sin dudas son otra forma posible de masculinidad, de una masculinidad de los márgenes, están entrelazados, fundidos, reforzando y transformando a la vez los órdenes de género precedentes (Olavarría, Webconferencia PRIGEPP, 2019) y, para algunas mujeres, se vuelven “seductores” de algún modo.

Mi primera conversación con “Cachete” se dio literalmente dentro de la parroquia. Entre estatuas de Santos, una cruz gigante que descendía desde el techo visible para quienes asistían a la iglesia, bancos amarrados y viejos, entre un silencio y un frío que envolvía todo ese espacio opaco y poco luminoso, una escena bizarra y cargada de profundas incomodidades. Ese día se estaban llevando a cabo varias actividades en simultáneo (gente pintando, campaña de vacunación, lavando ropa, etc.) no quedaba otro lugar para charlar cuidadosamente. Buscó a una TS con la demanda de realizar su DNI *“nunca me lo han hecho, siempre me despreciaron”*. Me contó parte de su vida *“es una especie de confesionario todo esto”*: había nacido en Santa Fé, había estado preso por muchos años, pero sobre todo, remarcó más de una vez, las múltiples dinámicas familiares que lo habían afectado. Una de sus hermanas se había puesto de pareja con la pareja de su madre, *“nunca la voy a perdonar, la odio, le tengo asco, a sus hijos también, le arruinó la vida a mi mamá”*, *“mi mamá me dijo que la perdonó, pero yo no puedo, no puedo”*. Sostuvo que una vez que su madre muriera él podría cometer algún daño. Recuerdo haber salido de esa entrevista pensando que estuve frente a un potencial femicida, en mi condición de mujer haber vivenciado estar frente a un varón que se había presentado como violento, sumado a la forma de hablar, moverse, gesticular, un conjunto de aspectos que frente a “mis ojos” no hacía más que retroalimentar prejuicios, desvalorizaciones, la necropolítica del miedo “a ese otro”.

La tramitación de su DNI nos llevó a Jaz y a mí un poco más de un año debido a todo el trabajo previo que se tuvo que hacer para lograrlo. Todo ese proceso nos permitió no sólo construir un vínculo con él, además, aprender a mirarlo desde distintas perspectivas. Básicamente como un varón que durante toda su vida había estado despojado de cuidados maternos y que desde muy chico tuvo que *“rebuscarse”* la vida de oportunidades que nunca llegaron; envolviéndose en estrategias propias de las economías informales que lo

llevaron a estar privado de su libertad⁶⁵. Al mismo tiempo fue construyendo su identidad masculina desde los márgenes. Tal como se intentó demostrar en los capítulos precedentes, éstos varones ponen en práctica y dejan entrever lo que implica socializarse dentro del mandato de la masculinidad pero, contradictoriamente, muestran cierta fusión y mixtura con las normas, roles y estereotipos. “Cachete” no era una excepción. Formaba parte de esos contrasentidos que encarnan las masculinidades desde los márgenes, que los exponía a mayores riesgos y agravaba su salud.

Pía era de contextura media, de cuerpo robusto, pelo oscuro y ondulado, de piel morena, al reírse se le hacían hoyuelos en sus mejillas, se ruborizaba con facilidad, y a diferencia de sus pares “más masculinizadas”, mostraba ciertas actitudes de retracción, poca desenvoltura, parecía no haber adquirido ciertas “*reglas de la calle*” lo que la hacía diferente. Asimismo, solía interactuar con bastantes varones en el espacio, compartir charlas, risas, etc., mostraba “estar sola” y cuando tomó cierta confianza, solicitó atención por dolores estomacales y dentales, siempre se mostró imprecisa con la información brindada, no profundizaba dónde dormía, etc. Se consideró oportuno ofrecer MAC a lo que en un principio se negó debido a ciertos mitos: “*ese te hace engordar*”, “*ese te hace sangrar mucho*”, “*no quiero tener algo en el brazo*”, “*por ahora no los necesito*”. Estaba en su derecho de negarse y esto comenzó a generar ciertas ideas de que estaría más expuesta a “*un embarazo no deseado, si no se cuida algo le va a pasar*”, “*no la podemos obligar*”.

Pasado un tiempo, tomamos conocimiento sobre la relación sexoafectiva entre “Cachete” y Pía, lo que generó cierta inquietud debido a las profundas contradicciones que desencadenaba éste y lo sumisa que habíamos observado a ella en comparación a sus pares. A su vez, causaba “ciertos ruidos” la diferencia de edad entre ambos (18 años), nos preguntamos si debíamos hacer algo al respecto, cómo debíamos comportarnos, etc.

Lagarde (2018) se pregunta de qué nos enamoramos. Según su perspectiva, en un momento de nuestras vidas encontramos a alguien que encaja dentro de las representaciones simbólicas que hemos aprendido, “o bien se encuentra justo en un momento que por carencia necesitamos encontrarnos con otra persona o nos permite reconocer en ese alguien los atributos que identificamos como merecedores de amor” (p.21). Estas ideas cobraban un significado especial en las creencias de Pía.

“Yo estaba muy cansada de todas las discusiones de la familia de mi mamá por esa casa.

Mi mamá y sus hermanas nunca se pusieron de acuerdo para venderla, así que nadie

⁶⁵ Según Nebra (2017) “no son Ni Monstruos Ni Robin Hoodes”, ya que según la perspectiva de la autora sufren el acoso policial pero también se acosan entre ellos, por cómo son vistos socialmente pero también por las relaciones de género hegemónicas que reproducen hacia las mujeres.

cedió y se fueron a vivir cada una con su familia en cuartos diferentes, es un caos, nunca hay paz. A mi “Cachete” me rescató de los conflictos de ahí y de mi ex-novio, yo era víctima de violencia de género. En la pandemia cuando estábamos todos encerrados no sabía qué hacer, así que empecé a chatear, me metí en un chat de presos y ahí lo conocí -río y se sonrojó cuando lo relató-. Era muy dulce y bueno conmigo. Yo le contaba todo lo que me pasaba, siempre me escuchaba, me daba consejos para que deje a mi novio. Estuvimos muchos meses hablando, hasta que me dijo “cuando salga de acá, te busco y te llevo conmigo”. Le pregunté si le dijo a dónde la llevaría. “Si, a la calle. Él todo el tiempo me aclaró, no me ocultó que no tenía nada para ofrecerme, que no tenía a dónde ir, que salía de la cárcel a la calle y fui yo la que acepté, decidí irme a la calle por amor. Mi familia no lo puede ni ver, no pueden entender por qué me voy a la calle por un pibe, negro y feo así le dicen, que soy otra clase de chica, que no tengo necesidad tan grande. Y mi familia ¿qué sabe de mis necesidades?. No me ocultó nada, sé todo lo que hizo, los mambos con su familia, su exnovias, los motivos por los que estuvo preso, fue muy honesto conmigo. El día que salió en libertad, vino a la puerta de mi casa, se presentó ante mi familia, yo agarré mi bolsa y me fui. Esta es la historia entre nosotros dos”.

“Cachete” se había convertido en su príncipe, había llegado en un momento justo y era merecedor de un amor.

A diferencia del resto de las parejas que asistían allí, ante el resto de sus pares y el equipo, ellxs habían construido una “intimidad”, de preservación, de saber cómo comportarse ante otrxs, a pesar de ello, ante nuestra mirada, no escurría a ésta de posibles violencias. Muchas veces habíamos observado que lejos de posicionarla como una mujer adulta, la trataba de manera más aññada y debo asumir que parte del equipo también la observaba así. Hasta se llegó a considerar que podría tener algún tipo de retraso madurativo no diagnosticado, lo que tensionaba aún más la trama de esta historia.

Entre cortes de flequillos, peinados y pintado de uñas intentábamos tomar conocimiento sobre su historia de vida. Nos pudo contar que su madre vivía en CABA y su padre en Lanús y estaban separadxs hacía un tiempo prolongado. Tenía hermanas; aparentemente no había finalizado sus estudios primarios; y en una oportunidad, sutilmente, comentó que durante un tiempo junto a sus hermanas habían permanecido en un hogar, pero nunca quiso profundizar al respecto.

A la inversa, de él íbamos tomando conocimiento de su historia de vida que verborragicamente nos narraba. Tenía varixs hijxs a quiénes no veía, “no me interesa saber de ellos”. Aparentemente había tenido varias parejas, “ninguna quiere saber nada de mí, me quieren lo más lejos posible, no me pueden ni ver”. Inferimos que fueron víctimas de

violencia de género y se le sumaba que a su propia familia no interesaba relacionarse con él “*por su forma de ser o comportarse*”. Estaba solo, muy solo. Asumiendo mis propios prejuicios, me preguntaba, ¿cómo una mujer puede escoger un varón que se presentaba de este modo para formar una relación sexoafectiva? ¿Qué había visto Pía para estar a su lado?, es que su sinceridad asustaba, generaba muchas incomodidades y ganas de alejarnos.

Hooks (2023) considera que muchas personas aprendemos a mentir desde la infancia, “normalmente empiezan a hacerlo para escapar del castigo o para no decepcionar o herir a un adulto”, en este aspecto entiende que “y así, ya en una edad temprana, en nuestra conciencia se graba la idea de que decir la verdad causa sufrimiento. Si aprendemos a mentir es, pues, para evitar ser heridos y para evitar herir a otras personas” (p.60), “*Cachete*” no me mintió acerca de él”, era honesto respecto a su personalidad, sobre lo hecho, por lo pronto, eran aspectos nodales que ella estimaba y en cierto punto daban invención a algo poco apreciado que, el no mentir o decir la verdad se instituye como una dimensión fundamental de la salud puesto que retroalimenta una perspectiva de cómo mirarnos, autovalorarnos, como también pone el foco en cómo nos vinculamos con lxs otrxs, creando redes de sostén. Ellxs estaban tejiendo una red desde los márgenes. Nadie se salva solx, ni aún estando en los márgenes.

Decidieron relacionarse con el equipo un poco más de un año. Durante ese tiempo, les hemos visto gravitar por distintos nodos que en su esencia demostraban las implicancias de socializarse dentro de un amor, de un amor romántico, del amor occidental. Lagarde (2018) considera que el amor es histórico, simbólico y es la tradición amorosa occidental la que ha configurado nuestro imaginario amoroso, “aprendemos ideologías amorosas, aprendemos los contenidos específicos del amor a través de mandatos, de normas, de creencias. Al vivir, cada persona trata de realizar el amor ideológicamente aprendido” (p.31). Entre ambxs reproducían esa tradición amorosa a su manera.

Al tiempo, éste comenzó a mostrarse -por lo menos frente a Jaz y de mí con quienes más se relacionaba dentro del equipo- desatinado, paradójico e incoherente: un hombre que había expuesto sus violencias y que destellaba cierta fragilidad, o mejor dicho, experimentaba ciertos malestares de la masculinidad: “*me di cuenta que llorar es algo que me alivia. Igualmente no quiero que me vea nadie, así que camino más de cien cuerdas, voy y busco un lugar y lloro, lloro un montón, siento un dolor, no estoy contento con lo que soy, sufro, sufro por mi familia, por mi vida, porque estoy enredado y no sé por dónde empezar. Ya lo hice varias veces, me siento hasta ridículo pero me hace bien*”. Más de una vez, se permitió derramar algunas lágrimas frente a nosotras al narrar cuestiones que le causaban dolor. Al mismo tiempo, hemos podido verlo relajarse y sonreír, se había permitido salir de esa

armadura que llevaba puesta hacía años. Pía era una pieza fundamental dentro de su rompecabezas que le había abierto la posibilidad de explorar o tomar otras alternativas en ese laberinto en el que vivía. Ese aprendizaje mutuo le estaba permitiendo a él crear una red la cual empezaba a incluir a parte del equipo, por eso, se animaba a mostrarnos otras vertientes. Según Hooks, al mantenerse alejados de los sentimientos los hombres tienen más facilidad para mentir siendo una estrategia de supervivencia que aprendieron cuando eran niños que los ayudaría a reafirmar su masculinidad, “la incapacidad para conectar con los demás lleva consigo la incapacidad de asumir la responsabilidad del dolor que ellos mismos han causado (...)” (p.65).

Por momentos, pronunciaba que muchas decisiones de la pareja estaban a cargo de ella, como por ejemplo, dónde ir a comer, ducharse o si decidían ir de visita a la casa del padre de ella y dormir allí durante días. Incluso, su padre les había ofrecido que pudieran construir una habitación en ese terreno “*pero yo no quiero saber nada, compartir el espacio es para quilombo*”. Observábamos que Pía relegaba sus oportunidades, como el caso de tener un espacio dentro de la vivienda de su padre, lo que de algún modo profundizaba las diferencias y la sometía a las decisiones o a un estilo de vida que él le proponía, aunque ella remarcaba que esta “*era su elección*”. Sin embargo, no podíamos omitir que “su elección” estaba teñida de una idealización del amor, “el enamoramiento lo que hace es provocar la dádiva. Dar, dar, dar. Lo que busca la mujer enamorada en subordinación es el beneficio y el mejoramiento del otro, que el otro esté bien para que la ame (...)” (Lagarde, 2018, p. 68).

¿Qué buscaba Pía en “Cachete”? Quizás fue una de las preguntas no enunciadas que más resonó en el equipo, incluso, ante las tensiones por toda la trama que generaba esta pareja decidimos buscar espacios de co-visión para pensar estrategias de cómo abordar todo esto que se nos presentaba inabordable, por las escenas, los planteos, las confecciones, que también se extendían cuando nos iban a ver al CeSAC. Teníamos certeza ella estaba en condiciones de desigualdad, hasta “*su elección*” la había llevado a estar expuesta a condiciones que habían desmejorado su salud. No sólo era el hecho de estar en SC, sino lo que implicaba la misma, padecer sarna, varias neumonías, alimentarse cómo podía, etc. Aunque todo erupcionó cuando nos planteó “*le quiero dar un hijo, quiero ser mamá*”. Más allá de la frustración que experimentamos como equipo, el desenlace de esta historia no puede estar desprovista sobre las réplicas de esos valores de blanquitud que se imponen para crear una imagen de “Mujer, mujeres y “mujeres” (DiPietro, Webconferencia PRIGEPP, 2019) y Pía no era una salvedad de ello porque “uno de los mandatos de género para las mujeres es el del amor, presentándose, sin embargo, como si este fuera inmanente, como si

fuera parte natural del ser mujer; es decir, para las mujeres es una característica de identidad de género, es una parte constitutiva del ser” (Velázquez Torres, 2021, p.14)⁶⁶.

Lejos de suponer que quiénes se encuentran en los márgenes viven fuera de todo, quienes se encuentran en SC de algún modo buscan pertenecer, eligen y desean valores socialmente aceptados.

“Mejor estar solo que mal acompañado”

“*Se están chapando fuerte en la canchita pero no sé quiénes son*”, le comenté a Pablo. Nos reímos e hicimos comentarios sobre cómo pululaba el amor en época primaveral.

Al poco tiempo de esa escena tomamos conocimiento sobre la relación sexoafectiva entre Gemma (31 años) y “el Gato” (27 años). Recuerdo que la primera vez que la vi pensé “es una paciente psiquiátrica”. De pelo corto y oscuro, de cara pálida y ojos grandes pero deprimidos, con hombros caídos, cierta pereza al caminar, me dieron indicios que por lo menos había estado más de una vez internada por cuestiones de SM.

Se hablaba que en el patio había “un carilindo” que había comenzado a asistir hacía un par de jueves. “El Gato”, así me dijo que lo llamaban sus amigos. Era alto, flaco, de piel bronceada, con un pelo castaño claro, de ojos grandes y azules. Se le sumaba, en un principio, su graciosidad para narrar eventos y su simpatía al hablar, era un galán para hablar con las mujeres, “*un chamuyero*”. Más de una vez, hicimos alusión que podría aparecer en una portada de una revista como modelo o ser un actor de Hollywood. Era el príncipe de Gemma.

Al poco tiempo de adentrarnos en esta nueva “historia de amor”, que se anexaba al desenlace de la relación entre Pía y “Cachete”, comencé seriamente a preguntarme cómo afectaba el amor o las ideas de romantización en el paisaje mental de las mujeres, cuáles serían los límites de esas aventuras románticas, pero sobre todo, los impactos a nivel de su salud. Si en líneas generales se ha hablado del amor desde diferentes esferas y diversas epistemologías, lo cierto es que el campo de la salud de CABA le ha dado poca relevancia a los estudios sobre la construcción social de los géneros y los efectos -serios- en la salud. Todavía los discursos hegemónicos se circunscriben a promover “prácticas saludables basadas en investigaciones empíricas”, con ideas que referencian a que “el amor influye directamente en la salud de nuestro corazón” o “si es amor no hace daño, contribuyendo al bienestar personal”, empero, esos mensajes carecen de una perspectiva situada, de miradas

⁶⁶ La autora considera que aunque el amor como sentimiento puede ser manifestado en múltiples y diferentes relaciones, para las mujeres es en la pareja donde se circunscribe como espacio de realización absoluta.

complejas, y pasa por alto las relaciones de poder que pueden mediar en determinados escenarios, en especial los de mayor exclusión como la SC.

Es necesario acentuar que a simple vista en Pía, Gemma y Murria no se observaban el continuum de violencias como motor para irse a la calle -o por lo menos no lo expresaron así- como tampoco el atravesamiento de ciertos consumos; por el contrario, daban la impresión de ser mujeres “bien enseñadas” (Gentile, 2008), que provenían de conformaciones familiares donde las mujeres eran sostén del hogar (las madres, la abuela), dando ciertos indicadores de feminización de la pobreza. El hecho de provenir de viviendas radicadas en CABA (Villa Urquiza, Palermo, Villa Crespo) no oculta los impactos que generan las políticas neoliberales y las restricciones al mercado laboral formal en la vida de las mujeres, más bien nos hablan de los sesgos genéricos con los que se miden los indicadores de pobreza, ocultando la realidad de miles de mujeres malabaristas (Faur, 2014) quienes emplean estrategias de supervivencia invisibilizadas para disfrazar las tristes realidades que impone las desigualdades patriarcales para sobrellevar las vidas de sus familias. En sus situaciones socioeconómicas todos estos aspectos podrían haber inferido de algún modo, no obstante, en sus historias o “*sus elecciones*” adicionalmente incidían otros elementos que dejaban entrever las implicancias de socializarse dentro de los mandatos, roles y estereotipos.

García Fernández y Montenegro Martínez (2014) comprenden al amor romántico como una ideología cultural que se sitúa sociohistóricamente, “que se concreta en experiencias semiótico-materiales encarnadas. Es decir, que relaciona aspectos simbólicos (discursos, narrativas, imágenes), materiales y afectivos que siempre pasan por el cuerpo” (p.67). Observábamos a Gemma como una ser del amor. Algunas escenas donde fecundaba el eros, ciertos manoseos, miradas y sonrisas, eran retroalimentados por sus propios dichos acerca de “*sentirse enamorada*”. Y “el Gato” sentía que “ese amor era correspondido” cuando nos hablaba sobre “*mi chica*”. “*Obvio que yo la encaré porque soy un hombre, y es eso lo que ustedes esperan de un hombre, ¿no?, pero soy un hombre moderno así que le dije que me invite un café. Y la tercera vez que la ví, salté el paredón -hacia referencia al hospital psiquiátrico al que ella solía acudir para buscar su medicación- y le dije ¿te puedo besar?, nada y así empezamos esta historia*”.

En la corta frecuencia que la observamos pudimos divisar los peligros de las violencias del amor romántico, “en la medida que se incorpora la fantasía de que a través del amor de un hombre se pueden reparar otras carencias afectivas se produce una organización de sus vidas donde lo prioritario es conseguir este objetivo” (Esteban y Távora Rivero, 2008, p.66). Era una mujer con ciertas redes y ciertos recursos que había decidido relacionarse “*con*

un pibe de la calle". En una oportunidad, me comentó que desde muy chica estaba a cargo de los cuidados de su abuela paterna, *"mi mamá me abandonó a los 9 años, no pudo asumir mi crianza y se fue para siempre, de tanto pensar porqué lo hizo se desencadenó mi esquizofrenia paranoide"*. Vivía con su abuela, tíos y aparentemente frecuentaba con su padre, quien según sus versiones *"era abogado y ella lo ayudaba con la contaduría del estudio jurídico"*. Esta versión se oponía a los comentarios del "Gato" quien insistía que *"el padre y los tíos trabajaban en la policía federal, y en más de una ocasión le habrían advertido que no se acercará a ella"*. Lo cierto era que Gemma vestía bastante alineada, en algunas circunstancias llevaba maquillaje y cambiaba de carteras. En la parroquia se dedicaba preferentemente a lavar ropa de él, desayunaba, a veces se duchaba, interactuaba con algunas personas, sobre todo, con los pares que ranchaban junto a él. En algunos momentos pernoctaba en la calle y en otros en su casa.

En nuestra primera conversación, "el Gato" se presentó como una persona con esquizofrenia paranoide producto de un consumo de larga data. Lagrimeó al narrar que en más de una ocasión su familia le sugirió que se suicidara por no saber *"qué más hacer conmigo"*, ante varios intentos fallidos, decidió irse a la calle. Se encontraba ranchando en la puerta de un hospital psiquiátrico de la zona junto a otros varones, que insistentemente -y con episodios de violencia según lo que leíamos en la HCI- solicitaban medicación psiquiátrica acordes a los tratamientos que el mismo efector de salud les había diagnosticado pero debido a esas supuestas violencias habían advertido a éste que no proveerían más la misma.

Esto lleva a poner sobre la mesa la falta de políticas de SM, sobre todo lo relacionado con el consumo problemático y específicamente el desafío que afrontan las personas para adherir y sostener un tratamiento en SC. La falta de acceso a turnos de admisión y tratamientos, son un reflejo del vaciamiento de políticas de la salud pública de CABA, quedando a merced y/o voluntariedad de algunxs profesionales de las guardias en proveer medicación. Esto no es más que un parche sobre una problemática mucho más abarcativa como lo es la SM. Muchos *"pibes"* se veían envueltos por estas lógicas, como consecuencia, en varios de ellos hemos visto el deterioro de sus padecimientos producto de las barreras institucionales. Al respecto me preguntaba ¿si los varones con padecimientos de SM se volvían más violentos por falta de acceso a los mismos, o más bien, esos padecimientos "eran una excusa" para disfrazar ese mandato de masculinidad en el cuál fueron socializados?

En un momento, Coqui había determinado que "el Gato" no ingresaría por un tiempo debido a que *"le pegó una piña a José porque estaba hablando con Gemma"*. Esta situación

era añadida por sus pares, *“cada dos por tres cae la policía porque nadie lo puede parar, le quiere pegar a todo el mundo”*, por lo tanto, muchos se habían ido de *“la ranchada”*.

Según Segato “hay varias formas en las que los hombres son conducidos al ejercicio de la violencia y son vulnerables a la seducción de la violencia, porque han creído en el mandato de masculinidad y han adherido a la corporación masculina, que es la pedagogía de la crueldad” (2019, 17 de julio). En una conversación, nos contó que había intentado suicidarse, estuvo hospitalizado durante días aunque no profundizó sobre los motivos; con el tiempo supimos que fue cuando se confirmó el embarazo de Gemma.

No era de extrañar su reacción, ya que de distinta manera pero similitud, “Cachete” tomó otras reacciones drásticas cuando confirmamos el embarazo de Pía: *“vive de mal humor y yo no estoy para esos dramas”*, o cuando en varias oportunidades se acercó al CeSAC para plantear que *“la quería matar porque andaba en otra”, “con otro”, “o la vio hablar con otro”*, las irresponsabilidades sobre sus propias acciones -sobre todo las que involucran a mujeres- no eran ajenas; eran acordes a las actitudes de otros varones pertenecientes a otros extractos sociales, o acaso, ¿no hay varones que se desatienden de sus paternidades en cada recoveco? ¿cuántas mujeres maternan en soledad? Para reproducir y sostener desigualdad, dominación, sumisión, violencias, es necesario de la complicidad, de la “cofradía”, de la “estructura corporativa”, de la relación entre los hombres (Segato, 2014; 2019; 2021).

En varias oportunidades, nos hemos encontrado con escenas que desvelan la cara visible e invisible de un amor romántico. Esas ideas estereotipadas de que lo que acontece en el marco de una relación amorosa, que formarían parte de “la intimidad”, “la privacidad”, “cosa de ellos”, son violencias hacederas por y producto de la complicidad entre los varones.

Al poco tiempo de iniciada la relación entre Pía y “Cachete” y entre “el Gato” y Gemma, “el Jujeño” y “el Chaqueño” se habían convertido en mis informantes respecto a dichas relaciones amorosas.

En ocasión, “el Jujeño” me dijo que *“con carpa”* quería contarme algo: *“no sé si hago bien en contarte pero las cosas están tomando otro color, él no es como se muestra, no sabes lo mal que trata a la pobre de Pía, la insulta, la humilla y ella no para de llorar. Ya se fueron varios de la ranchada por cómo es él, no le pega porque ahí si lo mato pero es violento verbalmente. Yo aguanto para ver hasta dónde llega”*. Unas semanas después me dijo *“que se arreglen entre ellos, son dos locos, cosa de ellos”*. Lo paradójico era que él accionó del mismo modo con Sofía cuando se rumoreaba que ella estaba nuevamente embarazada y él ponía en dudas su paternidad *“porque todos sabemos cómo es la piba”*, lo que determinó que Sofía no asistiera más. Por su parte, “el Chaqueño”, que remarcaba que

“no quería que nadie se diera cuenta que me pasaba información”, hizo alusión sobre cómo “el gato” denigraba a Gemma frente a las miradas de otros varones. La complicidad estaba dada no sólo porque nadie se entrometía, de igual modo, porque todos decidían irse de las ranchadas para que las cosas se resolvieran “como un asunto de pareja”. Sin embargo, éste sostenía que “era mejor estar solo que mal acompañado”. En contrapartida, habíamos sido advertidas por parte de una profesional de Sedronar que durante la asistencia psicológica que le brindaron la habría amenazado de cometer alguna violencia física y -temiblemente- sexual motivo por el que lo había denunciado. Esa estructura corporativa que describe Segato remite a la socialización de lo establecido, que permite a los varones sentirse cómodos de los privilegios y atributos de los que gozan, y quienes perversamente creían autoperibirse diferentes porque “con carpa quería contarme algo” o “no quería que el resto se rescate de que me pasaba información”, en su esencia eran la cara de la misma moneda.

Con el transcurso del tiempo advertí de una cuestión esencial. Los varones habían demostrado desaliento, descontento, desilusión, pues no sabían cómo salir de la encerrona: del cansancio de sobrevivir en la calle, del cartoneo, de pelearse por alguna cuestión, de muchas veces terminar severamente lastimados o haber causado una lesión grave, de no poder conciliar el sueño, de quienes de manera intermitente habían salido pero habían vuelto a estar presos, de quienes habían decidido afrontar su consumo con ciertas alegrías ante pequeños logros o grandes frustraciones cuando habían tenido nuevas recaídas, entre otras tantas circunstancias entre lo que decían, sentían y hacían. A despecho de esas incongruencias con las que cargaban y lidiaban en las adversidades de esos márgenes nunca les había oído disentir con los atributos de ser varón. A pesar de ciertas tristezas y algunas que otras lágrimas cuando conectaban con sus sentimientos o hablaban de lo que les pasaba, nunca era en relación al destrato hacia las mujeres. En su lugar, habían mostrado cierta coherencia, lógica hasta conformidad con esa conciencia de expansión de privilegios que les otorgó el mandato de la masculinidad, social y territorialmente, fundamentalmente, haciendo fruto de los mismos por medio de la complicidad entre sus pares y el lugar de subordinación en el que colocaban a “esas pibas” con quienes conformaban una relación sexoafectiva.

Análogamente, cuando mis informantes me comentaban sobre los conflictos de esas parejas en cierto sentido ponían en relieve un nodo trascendental. A la luz de la falta de un “yo te creo” de los relatos de miles de mujeres que se ven sometidas a diversas violencias de género y violencias sexuales en la medida en que se reproducen en el “ámbito de lo privado”, y que desafortunadamente ante el descreimiento quedan a merced de sus sometedores, paradójicamente y perversamente, esas violencias se reiteran, se repiten, se reinterpretan

brutalmente ante la vista de miles de rostros cotidianos que frecuentan la Ciudad, caminan por las veredas, hacen deportes, se sientan a tomar unos mates o leen un libro en las plazas donde frecuentan, pernoctan y sobreviven éstos varones y mujeres. La calle, como espacio público, reafirma las relaciones de poder, sobre todo, recrea las mismas o mayores violencias hacia las mujeres lo que se traduce en que “la idea del continuum entre la casa y la rúa -la calle- es más apropiada que la mera esquematización entre lo público y lo privado” (Pozzio, 2011, p.63). Como consecuencia, la complicidad no sólo se establece entre los varones, aún más, por una sociedad que decide mirar hacia otro lado, abonando así en el ocultamiento, el encubrimiento y la invisibilización de las desigualdades de género.

“Todo el amor maternal que tenía para dar”

“Con un solcito que apenas lograba pegarnos en la cara y calentarnos las manos, nos encontrábamos charlando alrededor de la mesa cuando se arrimó Pía, tomó una silla, se sentó entre Luchy (pediatra) y yo. Este acto nos asombró, ya que luego que habíamos confirmado su embarazo se fue distanciando de nosotras. *“¿Cómo va a hacer con un bebé en la calle?”*, *“Me angustia la idea de pensar un bebé en la calle, darle la teta, esterilizar la mamadera”*, *“¿Cachete la va a dejar?”*, *“¿qué va a hacer?”*, *“no se va a poder defender sola”*, eran algunas de las frases que resonaban dentro del equipo. Esa mañana, con su habitual sonrisa y susurrando entre nosotras preguntó: *“¿cómo nacen los bebés?”*. Luchy, la miró perpleja, intentó corroborar lo que había escuchado: *¿qué me preguntaste?*, *“Ah, Luchy ¿cómo nacen los bebés?”*. Luchy le dijo: *“No tengo ni idea. Nunca parí pero le podemos preguntar al resto. ¿Chicas alguna de ustedes es mamá?”*

Ante varios intentos fallidos de que Pía aceptase la utilización de algún MAC, notoriamente estrategias más centradas en los riesgos que en un abordaje integral de la sexualidad, sumado a ciertas declaraciones que *“él le decía que se cuidaría con preservativos”*, nos planteó que quería ser madre. Según Velázquez Torres (2021):

“Cuando se trata de las relaciones sexuales compartidas con la persona amada, suelen realizarse sin ninguna protección, ya sea por el deseo latente o manifiesto de un embarazo o como prueba solicitada de amor (...) Esta demostración de amor está ligada a la exigencia de confianza absoluta por parte de la pareja y a la imposibilidad de las mujeres de poner límites por temor a la fractura de la relación (...)” (p. 149).

Una mañana nos solicitó un test y entre tantos vaivenes para realizarlo, se confirmó su embarazo. En un principio optó por no comentárselo a “Cachete”. Las médicas le propusieron realizarse una ecografía y a partir de allí ver cómo iba a continuar.

Recuerdo que vino a verme con la ecografía en la mano, se sentó bastante callada, me la enseñó y me preguntó “¿qué era eso?”. Unos minutos antes, la ginecóloga me había enviado un mensaje: “*está de 14 semanas, es un embarazo avanzado, está al límite para pensar qué desea hacer, le dije que suba a verte*”, hacía referencia a la posibilidad de realizar una IVE (interrupción voluntaria del embarazo). Se encontraba en shock o por lo menos lo percibí de ese modo, pudimos conversar sobre los deseos, y sobre todo, los derechos. Ella tenía el derecho de continuar o interrumpir ese embarazo y para poder hacerlo necesitaba de información la cual intenté brindarle. Pía expresó el deseo de continuar con el embarazo pero se notaba cierto temor en ella, “¿qué te dijo “Cachete” cuando se lo contaste?”. Se rió y me contó que en un papel le escribió “*me dio positivo el test. Me preguntó ¿en serio?, no me dijo más nada, no sé si se alegró*”. Le pregunté si le habían dicho la fecha probable del parto “*no sé, sabes que soy distraída*”. El vínculo entre nosotras estaba pegado entre adhesivos así que intenté ser cuidadosa entre qué decir, preguntar y qué no, todavía no se lo había contado a su madre pero le aconsejé que lo hiciera para que pudiera acompañarla, además, que ideara algunas estrategias para no pasar el invierno en SC especialmente cuando su bebé naciera.

Pía no fue ni será la última mujer joven embarazada en SC. Como muchas mujeres en su misma situación, sus condiciones socioeconómicas desfavorecen su salud y, como se intentó demostrar en el capítulo previo, muchas mujeres se ven atravesadas por un continuum de violencias las cuales condicionan severamente sus deseos de maternaje, su maternidad, sus embarazos. Si bien persisten estudios que enfatizan que “ser madre en la adolescencia, especialmente entre niñas que viven en contextos de alta vulnerabilidad, puede estar relacionada a un proyecto de vida personal” (Molina et al., 2023, p.20), a pesar de ello, se encuentran en extrema vulneración, no sólo por encontrarse en condición de sumisión, además, porque el cuerpo se encuentra en constante alteración, con cambios fisiológicos propias de una gestación lo que genera un impacto profundo en lo corporal y en cómo se pueden percibir esas transformaciones. Mayormente en soledad, sin saber con quién y a quién contar y recurrir. Su situación era fruto de todas estas fusiones a las cuales se le añadía los condimentos de “ese amor”.

“Cachete”, no tardó en demostrarse disconforme con la situación “*porque ella era la que quería, fue su decisión*”, incluso en varias oportunidades puso en cuestionamiento los sentimientos de ella hacia él cuando se percató que ella también hablaba con otros varones, “las mujeres de la calle, como parte del territorio de sus parejas, deben ser protegidas y a su vez controladas, como una de las formas por excelencia que tienen los varones de obtener/mantener el respeto y el honor” (Pelagagge, 2024, p.101).

Su embarazo, de alguna manera contradictoria, le daba cierta independencia sobre su propio cuerpo y como contrapartida mostraba la otra cara del amor romántico que “nadie llega al coito en el vacío. Nadie. Cada quien llega al amor siendo quien es. Y ahí se posiciona” (Millet, citada en Lagarde, 2018, p.99). Las escenas de celos que desplegaba nos generaban mucho temor sobre lo que podría hacerle ya que él nunca nos ocultó que era un varón que ejercía violencia. Asimismo, su furia se retroalimentaba cuando ella le planteaba que quería descansar y en la calle no podía, y por días se iba a pernoctar a la casa de su madre a sabiendas que *“ella no me puede ni ver, me odia, me quiere lejos de su hija”*. De igual manera, cuando ella obtuvo la vacante para alojarse en un hogar transitorio, donde nos habían aclarado que a él no lo dejarían pasar porque en un tiempo pasado había herido gravemente a otro varón en una riña, *“cómo puede ser que la señorita esté muy cómoda durmiendo en una cama mientras yo tengo que esperarla del otro lado del paredón ¿quién se cree?”*.

Por medio de ciertas actitudes por parte de él comencé a preguntarme ¿qué papel jugaba el embarazo en su relación? Según Molina et al. (2023) “este comportamiento arraigado – donde el amor justifica la ausencia de protección, a pesar de los riesgos asociados – es una forma de control masculino que demanda la confianza y el compromiso de ella, aunque esto signifique que hipoteque su seguridad y salud” (p.29), puesto que “la construcción ideológica nos hace creer que como ambas personas están en una relación de enamoramiento están colocadas en igualdad de condiciones. Esa igualdad es falsa” (Lagarde, 2018, p.99). En este sentido, Velázquez Torres (2021) considera que los discursos escuchados durante las infancias de las niñas respecto a la pareja, el amor o el matrimonio son contruidos como destino, no como posibilidad. Si bien “Cachete” afirmaba que había sido una decisión por parte de ella, quizás esto no era del todo cierto, particularmente por el desenlace de esta “historia de amor”.

A medida que su embarazo se fue desarrollando fueron aconteciendo varios sucesos que determinaron el modo de relacionarse con sus pares y en especial con el equipo. Las primeras atenciones las realizó en el CeSAC pero debía ser en un servicio obstétrico y en la futura maternidad dónde nacería su bebé. Esto generó un gran dilema porque si pretendíamos que el acompañamiento de su salud fuese integral y de manera cuidada debíamos contactar a los servicios sociales y no podríamos ocultar su condición de calle, lo que podía determinar que el seguimiento de su embarazo sea puesto bajo miradas que hicieran hincapié en su capacidad de maternar, y con ello, todos los procesos de racialización que operan sobre las mujeres en SC como se intentó reflejar en el capítulo previo. De hecho, en nuestro primer contacto nos consultaron si estaba atravesada por algún consumo.

Pía nos contó que su madre le había sugerido la misma maternidad donde ella había nacido, además, ella vivía cerca y la podría acompañar en sus controles. A partir de allí se realizó la derivación para el abordaje de su embarazo; por nuestra parte continuaríamos acompañándola desde la parroquia. Sin embargo, gradualmente empezamos a notarla distinta, tajante y cortante. Nos esquivaba, no nos saludaba o buscaba esconderse del equipo. Periódicamente asistían, hacían uso de los servicios brindados y quien nos hablaba era él. Sutilmente íbamos implementando algunas estrategias para que él pueda acompañarla a sus controles aunque remarcaba que era la madre quien tomaba las decisiones, mostraba su descontento sobre este panorama porque había interferido en su relación y en el dominio de la misma, *“hace todo lo que la madre le dice, yo no me voy a ir a vivir a su casa ni loco, yo me quedo acá”*. Sus planes iban variando según cómo venía la relación, por momentos la propuesta *“era estar con el bebé en la calle”, “juntar plata e irse alquilar algo”, o “dejarla con la abuela hasta que tenga 2 o 3 años y pueda venir con nosotros”*.

Una mañana nos apartó a Jaz y a mí en un rincón para contarnos algo: *“chicas ustedes han sido bastante buenas conmigo, no les quiero mentir. La han advertido, le dijeron que tenga cuidado con lo que cuenta al equipo de salud. Su mamá les dijo que tuviera cuidado con las trabajadoras sociales, por eso no les habla”*. A las pocas semanas reforzó estos dichos *“algunas pibas de acá también le aconsejaron lo mismo. Yo sé que ustedes nada que ver, pero también sabemos lo que podría llegar a pasar”*. Parece oportuno señalar que eran las propias mujeres quienes le brindaban ciertas reglas y códigos de cómo eludir a las instituciones de control a partir de sus propias experiencias. Una suerte de sororidad que reverberaba los propios saberes que van construyendo desde la conciencia de sus posiciones sociales y del lugar en el que son colocadas. Además, la manera estratégica de cómo se ponen en juego las redes en SC. Como manifiesta Tortosa (2020):

“La exclusión no es total y las mujeres sostienen lazos previos a la situación de calle, como así también producen nuevas relaciones con instituciones y personas de diversos contextos sociales. Por ende, la situación de calle crea condiciones de vulnerabilidad, pero no determina la ruptura de lazos y el aislamiento” (p.110).

Pía no estaba sola. Afán de algunas ideas que *“sola no va a poder”, “Cachete” la va a dejar”, etc.*, lo que reflejaba ciertos supuestos de que las mujeres necesitan de los varones para sentirse seguras, protegidas, etc., aun cuando muchos varones -en contraste- se encuentran muy alejados de ofrecer mínimos cuidados. Pese a ello, no estaba sola, estaba más acompañada de lo que podíamos imaginar.

Cuando de manera candorosa preguntó “¿cómo nacen los bebés?” y mi compañera imprevistamente les consultó al resto de las mujeres sobre sus propias experiencias, por una parte, no hizo más que poner en evidencia los sentidos moralizantes que operan dentro del sistema de salud respecto a la ceguera de género e interseccionalidad bajo el supuesto de que las mujeres constituyen un grupo homogéneo e indiferenciado, y con ello se debieran equiparar sus trayectorias, como por ejemplo, la maternidad y la romantización de ésta.

¿A quién le compete instruirnos, hablarnos, educarnos sobre nuestros cuerpos? Históricamente se les ha delegado a las familias esta tarea, mientras que en el seno de muchas de ellas se han reproducido violencias y abusos acallados, como el caso de muchas de ellas como se intentó reflejar en el capítulo previo. Las instituciones fueron y continúan siendo cómplices de esta “analfabetización”. Lejos de posicionarse sobre una mirada de derechos integrales y de una educación sexual integral, el sistema de salud sostiene discursos hegemónicos que continúan colocando a la reproducción como algo biológico, como algo esencial, como algo natural que se sobrepone a la construcción social y cultural de los géneros. Esta “analfabetización” genera un profundo desconocimiento sobre el propio cuerpo, pero no cualquier cuerpo, cuerpos como los de Pía que son flagelados desde lo material, lo simbólico, lo discursivo, lo físico, lo invisibilizado, desde las falacias “*por ese amor*”. No obstante, a pesar de esos lugares de subalternizados, van construyendo sus propios saberes.

Quizás estas ideas preconcebidas quedaron plasmadas en la experiencia de Gemma. Entre la angustia y un discurso espeluznante una mañana recurrió expresando que “*necesitaba que una trabajadora social para que la ayudara a recuperar a su bebé*”. Desde los dos hospitales que solía acudir le habían realizado una serie de estudios confirmando su embarazo, el mismo por el cual “el Gato” había intentado suicidarse. Según sus propias impresiones, a medida que avanzaba el tiempo percibió que “*su panza crecía y no crecía*”. Con lo poco registrado en la HCI pudimos dar cuenta que tuvo un embarazo ectópico. Probablemente por los riesgos que implicaba decidieron interrumpir el mismo, aunque nadie le había explicado qué significaba eso, sobre la imposibilidad de que “*su bebé naciera*” y los riesgos para ella misma. Como si en sus condiciones de SM, en sus condiciones materiales de existencia y con una pareja en SC no valiera la pena brindar información, acompañar, dar lugar al dolor, remediar cómo se pueden afrontar determinadas situaciones traumáticas.

Las mujeres saben, conocen, experimentan el sufrir. Mediante sus vivencias demostraron lo que entraña sus propias experiencias basadas en hechos verídicos, en consonancia con las jerarquías raciales, de clase y de géneros que las coloca en un lugar de marginalización, donde la maternidad se enraiza con otros aspectos de “*ser y hacerse mujeres*”

en la calle” y las implicancias que tiene en sus cuerpos, en su SM y en la construcción de sus subjetividades. Aun cuando todo ese momento se cargó de un profundo silencio luego que se les preguntó sobre sus propios partos, de relatos que marcaron profundas desigualdades, de ojos que ya no tenían más llanto ya que muchas no habían podido quedarse con sus bebés y de que ese día nos retiramos sinsabores y con nudos en las gargantas; no obstante, para Pía el haber oído esas violencias obstétricas, sobre todo, de quienes se arrimaron y le dijeron *“mejor hablamos en privado”*, *“te cuento cuando estemos solas”*, fueron experiencias que la ayudaron a tomar otras decisiones futuras.

Cuando “Cachete” nos advirtió sobre los motivos por los cuales ésta evadía al equipo, fue una de las últimas veces que hablamos con él debido a que dejaron de acudir a la parroquia. Por medio de la lectura de su HCI sabíamos que se presentaba a los controles de su embarazo. Por momentos los registros hacían hincapié sobre los comportamientos “violentos” por parte de su madre, hasta que se produjo el nacimiento de su bebé. Un tiempo después, me había tocado estar en el patio cuando observé que “el Jujeño” me hacía una seña llamándome, *“la encontré a Pía por Retiro, le dije que la andaban buscando. Estaba con la bebé, es igual a ella. Me dijo que están alquilando en la 31, que él hizo unos dólares y pagó una habitación por tres meses. Le dije que sí me decía la verdad o no, que no puede estar en la calle por la bebé. Le pregunté si él la estaba tratando bien, le dije que acá hay gente que la quiere y que ustedes la están esperando, que venga cuando quiera”*.

Del lado de Gemma y “el Gato”, su “historia” tomó su propio camino. Éste, se había tornado bastante violento, constantemente se golpeaba con alguien, los registros físicos eran visibles y cada vez más graves, en varias ocasiones asistió con amenazas al CeSAC para que se le entregará medicación psiquiátrica. Empezamos a temer por Gemma. Incluso muchas veces la perseguía, observaba con quién hablaba hasta la iba a buscar a la salida de la parroquia o el CeSAC *“para hablar, arreglar las cosas”*. Junto al equipo de Sedronar se decidió orientarla hacia otro efector de salud ya que había logrado admisión para el abordaje de su SM.⁶⁷ Se le recomendó que allí pudiera plantear sus dudas, hablar sobre su relación, y sobre todo, plasmar los dolores que acarreaba *“por todo el amor maternal que tenía para dar y no pude”*. En alguna medida los supuestos de femineidad afectaban su SM⁶⁸. Al tiempo tomamos conocimiento de que había dejado al “Gato”.

⁶⁷ Para ello, contactamos al equipo de salud con el que empezaría tratamiento haciendo referencia sobre su situación, lo acontecido con el embarazo y la relación que mantenía con Lucas.

⁶⁸ Al respecto, Almeida Maltéz (2022) considera que “la mayor demanda y uso de los servicios de salud mental por parte de las mujeres puede vincularse a las concepciones hegemónicas de la femineidad que las ubican en una posición de vulnerabilidad e inferiorización que las vuelve más susceptibles de ser diagnosticadas con enfermedades mentales y las predispone a autoperibirse enfermas, aunque no lo estén”. (p.11)

El desenlace entre “Cachete” y Pía fue distinto. Si bien durante muchos meses no les volvimos a ver, ocasionalmente leíamos su HCI para saber de ella y su bebé. Pese a que varios registros hacían hincapié sobre sus actitudes “ausente a la consulta programada”, “se había dormido”, “se había mudado lejos con su mamá”, “se había olvidado de la fecha”, también hacían referencia sobre las buenas condiciones de su bebé, de que tomaba mamadera y de cada vez era más frecuente que su abuela lleve a su nieta a los controles de salud.

Una mañana Coqui nos envió un mensaje para contarnos que después de varios meses Pía se había acercado a la parroquia, preguntó por el equipo y solicitó ropa para su bebé, *“la vi bien, distinta, dijo que vivía lejos y que no venía porque las voluntarias no le daban ropa”⁶⁹. Le armaron una pequeña bolsa con cosas y se fue”*. Le dijo que vivía en otro lugar junto a su madre pero no quiso hablarle sobre él, *“ahora estoy sola”*. Habíamos leído en la HCI que unos meses después de haber parido había solicitado la colocación del implante subdérmico.

Dos meses después volvió *“de visita”*. Fue un shock volver a verla. Estaba distinta, más desenvuelta, hablaba con todo el mundo, nos saludó con gran cariño y nos enseñó fotos de su bebé que llevaba en su celular, hicimos alusión a su parecido. Al preguntarle cuántos meses tenía y cuando cumplía el año me dijo: *“Maru, ya me conoces, soy distraída, no sé, no me acuerdo, la tiene mi mamá, ella la cría”*. Cuando le consulté dónde la tenía, con un revoleo de ojos hacia el cielo sostuvo *“en la casa de siempre, en la casa del bardo”*. Pía había entendido *“muy bien”* las reglas de la SC, los discursos que debía emprender ante las lógicas de sospecha y desconfianza que estructuran los vínculos entre las instituciones y las personas, aun más, las de salud (Epele, 2010). Al mismo tiempo dejó entrever que *“la maternidad en situación de calle desafía la noción tradicional del instinto maternal de protección y cuidado”* (Molina et al., 2023, p.32), en vista de que *“la cultura del silencio, que es el correlato obvio de la cultura de la violencia y el terror de la barriada -o la calle-, pero también de los silencios de la complicidad cobarde y la falta de valor que se presentan con el rostro de un amor armónico y no violento”* (Scheper-Hughes, 1997, p.507).

En cierto punto, había desafiado algunas ideas subyacentes sobre la maternidad. Me animo a afirmar -sin tener certezas-, con una lectura sobre sus condiciones de vulnerabilidad socioeconómica, de los riesgos a los que expondría a su bebé en esas condiciones y ante las posibles persecuciones de las instituciones de salud, decidió relegar ese amor maternal, *“por amor”*. Quizás, la moraleja estaba puesta sobre ¿qué tipo de amor?

⁶⁹ Una de las cuestiones que circula entre las voluntarias es que muchxs de ellxs solicitan ropa para vender en las ferias o para intercambiarlas para acceder al consumo de sustancias.

Durante ese corto tiempo que pudimos charlar, su celular sonaba con mensajes, al leerlos hacía sonrisas, se le marcaban sus hoyuelos de siempre. “¿No me vas a preguntar por él?”, “ya sabes que no te voy a preguntar nada que no quieras contarme”, “está preso, está haciendo la fila para llamarme. Si quieres puedes esperar un rato así les paso con ustedes o me pasas tu celular. En tres meses sale”. Ese día no llegué a despedirla.

Tres meses después, estábamos caminando junto a Pablo cuando me contó: “la semana pasada no sabes a quienes me crucé, va los vi sentados en la vereda de una parroquia y me acerqué a saludarlos, estaban Pía y “Cachete”, había mucha gente quizás estaban esperando que les den una vianda. Él no me reconoció pero sí ella, le dijo que era el médico y ahí se acordó, otra vez juntos, les mandó saludos, dijo que dentro de todo estaban bien. Estaban sin su bebé”. Pía había regresado a los brazos de su “príncipe azul”.

“Las muertes sin llanto”

*“¡Ven y sana mi dolor
Tienes la cura de este amor...”*

Hago este llamado para que tu vuelvas...”

“Señorita, señorita”, Chispita (62 años), quien se encontraba sentado en el suelo, debajo de la galería, apoyando su espalda contra la pared, me señaló y tarareando el tema me dijo: “hay un hombre moribundo aquí”. Había un hombre tirado a su lado “alguien lo tiene que atender”. Cuando me acerqué impresionaba estar “más muerto que vivo”, olía a alcohol, sus pantalones estaban mojados producto de la incontinencia urinaria y estaba dormido. “¿Qué le pasó?” le pregunté a Chispita quien se encontraba en una situación similar a su compañero a excepción de que no estaba dormido. Entre el balbuceo mencionó “éste no tiene cura -hizo una sonrisa- el “despechadito” así le decimos en el barrio. Despertaté, despertaté, que está la doctora”. Lo movió un poco, lo volvió a mover “todavía respira”, se rió. Como pudo, abrió los ojos, y entre una falta de bastante equilibrio, se inclinó, quiso sentarse pero no lo logró. Le fui a buscar un vaso de agua a la cocina. Había logrado recostarse de costado, “¿cómo te llamas?”. Mientras intentaba tomar agua, que más derramó de lo que logró tomar, sonrió, me miró, extendió su mano, buscó la mía para saludarme y expresó: “soy Omar”, mucho gusto señorita”.

Omar (63 años) se referenció rápidamente con el equipo. Siempre lo veíamos con cierta alegría, de buen humor, cortés, se relacionaba bastante con sus compañerxs, acudía a la parroquia para desayunar, pasar el tiempo, almorzar, muy pocas veces se aseaba y se cambiaba de ropa. Nos contó que hacía más de 20 años estaba en SC, siempre por la zona. Solía dormir en un recoveco de un taller de auto, “me conocen hace años, entonces me guardan mis pertenencias, tienen una entrada, donde hay un hueco que no baja la persiana

así que me dejan dormir ahí". Realizaba algunas changas, vendía flores en el cementerio, en los semáforos, a veces ayudaba con la mecánica en el taller, *"siempre me la rebusco, pero a veces no sale nada, es feo pasar hambre, frío, aunque siempre alguien te regala un sándwich, una porción de pizza y así ando por la vida"*. Aparentemente en la zona era conocido, quizás por su carisma, sencillez y tranquilidad: *"a mí no me gustan los conflictos, todo está cada vez peor, muy mal veo a los chicos, están perdidos. La droga le hizo mal a este país. Yo no me drogo, no toco algo ajeno, esas situaciones me hacen mal, me pone triste ver esa violencia"*.

En una situación similar se presentaba Murria. *"No robo, no me drogo, no jodo ni me meto en problemas estoy acá para escapar de mis sufrimientos"*. A ella la habíamos conocido durante la campaña por el Covid-19, vivía en la ranchada del Hogar (descritas en la introducción) dentro de un tráiler, en una esquina, junto a su hijx más pequeñx -por un tiempo- y con *"su guardián"*. Se encontraba en SC hacía más de 15 años. Mostraba preocupación respecto a las peleas callejeras, los varones *"los más violentos"* y que la policía frecuentaba más de lo habitual las calles. Según sus relatos, en los últimos años el consumo de sustancias se había incrementado, por esta razón, las noches eran conflictivas, habiendo peleas, arrojado de objetos, amenazas de muerte, *"nadie respeta a nadie, todo se transformó para mal"*. Siempre nos esbozaba todos los cambios que había vivido en la calle, *"me horroriza todo lo que veo, todas las violencias. Esta cuadra es un infierno"*. Al poco tiempo, se produjo el desalojo de toda la ranchada por las permanentes denuncias que llevaban lxs vecinxs del barrio y por el comienzo de un proyecto inmobiliario.

Pasaron varios meses cuando comenzamos a verla en la parroquia. Había sido nuestra informante durante los recorridos por *"las ranchadas"*. Siempre se mostró predispuesta, charlatana, de cierta alegría y tristeza a la vez. Sabíamos que sostenía un vínculo con su madre, hermano e hijx más grande quienes con frecuencia la visitaban allí, *"a veces terminamos a los gritos y luego nos reímos, de que tengo una casa donde estar, porqué elijo esto. Mi mamá tiene normas que yo no tolero, es muy difícil vivir con ella. Además, no me dejaba llevar lo más apreciado, mi perra y mi carro"*. Me contó que cuando la desalojaron se habían llevado su tráiler, *"les supliqué, me arrodillé y desconsoladamente a los llantos les pedí que me dejaran la perra"*, si bien se la dejaron, de todas maneras se habían llevado *"lo único que me había quedado de él"*, su carro. Todas esas violencias por parte de las instituciones estatales no pueden ser interpretadas de otro modo que actos totalmente deshumanizantes. Actos que no sólo implican una limpieza racial de la Ciudad más rica del país, además, de la convicción política de que quienes se encuentran en los márgenes no son

merecedores de aferrarse a sus pocas pertenencias, a sus pocos objetos, a sus propias memorias, a sus propios recuerdos.

Respectivamente las historias de vida de Omar y Murria revelaban cómo el género determina modos diferentes de vivir, enfermar, consultar, ser atendidxs y morir (Tajer, 2012). En parte, habían sido interpeladxs por sus experiencias amorosas debido a que ambxs eran seres que habían sufrido las consecuencias de un desamor. Sin embargo, reducir de manera individual sus experiencias es desestimar que las creencias, valores, ideas, imágenes del amor y desamor efectivamente son productos socioculturales y forman parte de un orden político. Por esta razón, sus comportamientos eran socialmente esperables.

“Fui engañada, me dejó por otra y me rompió el corazón”, afirmó “Murria” una mañana cuando nos encontrábamos doblando la ropa que había descolgado de la soga.

Tortosa (2020) y Pelagagge (2024) sostienen que las mujeres en SC no rompen del todo sus redes de sostén, en su caso, no sólo había construido redes en la calle, además, conservaba la relación con su familia que por un tiempo había quedado a cargo de los cuidados de su hijx más pequeño ya que ella se negaba volver a la *“casa que había construido con su amor”*. En su momento se habían generado ciertos dichos al interior del equipo respecto a *“que una madre no puede abandonar su hijo”*, en contrapartida, un padre parecería poder hacerlo sin tanto cuestionamiento.

A partir de algunas cuestiones que iba admitiendo sobre su historia personal, comprendí que la experiencia del dolor se padece de manera singular pero forma parte de un marco de ideas políticas y socioculturales que ponen a prueba -y hasta someten a mujeres y varones- a la conservación de esas creencias de sufrimiento, dolor, angustia, etc., que en algunas experiencias se agudizan al cronificar esos malestares. Estos daños dan apertura a dolencias o enfermedades físicas, como también a padecimientos mentales que sin una falta de acompañamiento oportuna desencadena gravísimas consecuencias en la salud.

En una ocasión, me encontraba junto a Murria que esperaba a que se libere uno de los lavarropas. La notaba triste, le pregunté si le pasaba algo, habíamos dejado de insistir de que vaya al CeSAC. *“Se acerca el aniversario de la muerte de mi marido”,* expresó. No sabíamos que estaba casada, hasta ese momento siempre la veía junto a *“su guardián”*.

“Lo conocí en mi adolescencia y tuvimos a nuestro primer hijo, como no teníamos plata nos quedamos viviendo en lo de mi mamá. Con algunas dificultades, como todos, pero la llevamos bien. Una vez mi mamá nos echó y vivimos de hotel a hotel. A él le gustaba tomar y le costaba conseguir trabajo o sostenerlo. Un día apareció con un carro y me dijo que iba a empezar a cartonear, que él se ocupaba de traer el pan. Y así se iba todo

el día y a veces no aparecía. Nunca me di cuenta que tenía “una doble vida”. Luego lo tuvimos a mi [segundo] hijo, pensé que las cosas iban a mejorar pero no, hasta que me dejó. Se fue con otra, a mí me partió el corazón. Lo iba a buscar a los lugares que solía tomar, le armaba escenas, estaba desconsolada. Un día cuando fui a buscarlo, no lo encontré más. Había fallecido, lo habían chocado. Ay Maru no sabes -se tocó su pecho- el dolor que siento porque no me pude despedir. Mis hijos se quedaron sin papá y yo sola para siempre. Fui al lugar donde andaba con “su aventura”, con esa, pelié, le saque el carro, porque era mío, él era mío. Nunca más volví a ser la misma”.

Según Montoya Heilbron (2019) las experiencias amorosas son una experiencia situada, disputada, en movimiento y atravesada por la ideología del amor romántico como una idealización, como un modelo de relación, de interacción social y de práctica cultural. Me permito añadir que las mismas forman parte de un orden político, de género, son sociales y raciales a la vez.

Murria estaba atravesada por un despecho amoroso. Por un paisaje emocional donde se condensaba roles, estereotipos, modos de ser, hábitos, identidades, etc. Cuando socialmente asumimos y naturalizamos ciertos mandatos, nos movemos a través del sentido común. El sentido común nos inmoviliza -contradictoriamente-, nos paraliza, nos sosiega, nos sesga. Es la conjunción perfecta para creer -ciegamente- en la idea del cuerpo como dado, de una identidad heredada. La “Mujer”, como el caso de Murria y de muchas mujeres, que en sus valores más conservadores de fidelidad, de heterosexismo, de blanquitud, había encontrado a “su” hombre en la puesta en práctica de ciertos valores, creencias, conceptos machistas y/o tensionando el modelo de monogamia. Su despecho estaba intrincado a ideas colectivas sobre el desamor. Nos han impuesto la “utopía emocional” del amor romántico y de las experiencias amorosas como fuentes de felicidad, de sentimientos amorosos, por lo tanto, el despecho forma parte de esos valores para remediar la soledad. El problema está dado en que el dolor del desamor se vive y se padece en el silencio. Hemos sido socializadxs en mandatos y en la normalización de las violencias -entre ellas las propias-, pero no nos han cultivado, nos han vedado, la posibilidad de hablar sobre las emociones que generan sufrimiento, dolor, angustia, ansiedad, tristeza, etc. socialmente.

Murria sufría en silencio. Como consecuencia, su propio abandono era evidente y a lo largo del tiempo se impulsó un trastorno de depresión. Y como todo padecimiento en salud requiere de una lectura situacional que incluye al género como a la interseccionalidad. Su desamor no la había llevado a la SC. En su condición de género estaba atravesada por otras formas de explotación, desigualdades de sociales, con falta de oportunidades propias de una

mujer que apenas había finalizado sus estudios primarios, con grandes dificultades para leer, escribir, con poca experiencia laboral, ya que mayormente estuvo abocada a *“mi casa del amor”*. Había tenido una larga recurrencia a los efectores de salud en busca de atención de su SM, pero como parte de una triste realidad que empalma y envuelve a estas instituciones, no han podido absorber su demanda, no han sabido cómo acompañarla, escucharla, empatizar, porque la lógica que se emplea es el vaciamiento de la salud pública de GCABA, sobre todo, aquello relacionado con los padecimientos mentales, por lo tanto, se acude a retóricas de individualización y responsabilización de los problemas socioeconómicos y culturales. Como resultado, se generaron las condiciones para que la calle se presente como una expresión de los cambios estructurales actuales. Según Pelagagge (2024), la calle para las mujeres:

“No se presenta como una situación excepcional, por el contrario, da cuenta de la convivencia que existe entre dicho campo social y otros. De esta manera, la calle aparece como una estrategia utilitaria de las subjetividades neoliberales en contextos de extrema vulnerabilidad y pobreza para auto procurarse las oportunidades que estructuralmente les son negadas” (p.121).

La cronificación de su depresión se agudizó en la SC. Nadie en “su sano juicio” puede sobrevivir o salir ileso a lógicas de la calle, sobre todo, cuando se es mujer. A lo largo del tiempo había entendido *“muy bien”* las dinámicas de las violencias y de la dominación hacia las mujeres, por eso tenía a *“su guardián”*, se mostraba en público y le hacía creer al resto que bajo ningún contexto estaba sola, *“cuando estás sola en la calle es como que le abris una puerta a todas las violencias”*. Al poco tiempo me contó: *“con mi guardián tenemos un secreto. Como ustedes le pudieron hacer el DNI y tramitar la Ciudadanía Porteña porque le torturé la cabeza para que lo haga, acordamos que entre nosotros no pasaría más nada. Aprendimos a querernos como amigos de la calle y como él es un peruanito de los buenos, me aconsejó que sigamos fingiendo al resto. De algún modo, aprendimos a cuidarnos”*.

Parece oportuno señalar los costos del amor y de amar. Murria amó demasiado. Murria sufrió bastante su soledad. Los costos de la socialización del género, de los mandatos, de los estereotipos son totalmente desiguales entre mujeres y varones a partir de esa supuesta “condición natural”. La menstruación -y su trascendencia cultural-, la fertilidad, la maternidad, los cuidados, requieren de los cimientos del amor, romántico y maternal, en este sentido, desde la niñez nos educan para amar y para estar enamoradas. El dilema del enamoramiento es cómo nos enseñan a enamorarnos, por ello, Murria pagó altos costos. Porque fue educada para amar sin condiciones, por eso, su desamor, su despecho, su soledad, la hicieron sufrir tanto hasta deprimirse. Enquistada en esos mandatos aprendió a

desvalorizarse, pero también su historia reflejó la condición de muchas mujeres, sobre todo, las más empobrecidas.

Durante mucho tiempo asumió el cuidado de sus hijxs y maternó en soledad, “ese carro por el que peleó” se convirtió en el sustento económico cuando comenzó a cartonear *“porque yo nunca había trabajado me dedicaba a las tareas de mi casa”*. En el curso de todas las experiencias escuchadas, aprendí que quien cartonea, no sólo lo hace en pésimas condiciones -extremas- durante horas con grandes trayectos de caminatas, además, como me han afirmado muchxs es la forma de garantizar *“al menos un plato de comida para mis hijos, para que se vayan dormir con algo en el estómago”*. Murria padeció la carga mental de ser el sostén, de no tener “la ayuda de nadie”, de ser la cuidadora, de haber amado demasiado.

En la SC tuvo a que asumir otros mandatos heredados. El de las estructuras de sometimiento que padecen las mujeres en el territorio y en la territorialidad de su cuerpo como conquista. Su percepción del acuerdo con el “que aprendió a quererse como amigxs y a cuidarse mutuamente”, no fue sin antes ser víctima de la cosificación, de ser objeto de múltiples violencias que sufren y adolecen en el silencio, en las penumbras, a la luz de nuestros ojos.

Quizás para los varones los desamores, la soledad y la falta de amor propio no sean vivencias experimentadas tan ajenas las experiencias de las mujeres, el problema está dado en el mandato de la masculinidad y en la proyección de cómo un varón debe posicionarse ante las mujeres, ante una relación amorosa, ante la sociedad⁷⁰.

Mediante las historias de Murria y Osmar comprendí que las problematizaciones acerca del amor romántico, del amor occidental, requieren de una perspectiva interseccional para entender los efectos en la salud de quienes están en los márgenes.

El sosiego de *“ese amor”* para las mujeres puede comprometer su SM, de hecho, la depresión es más recurrente entre las mujeres. Aquellas que cuenten con ciertos recursos e información, entre malabares y atravesadas por la feminización de la pobreza, podrán acudir a terapia, quizás lleguen a problematizar esos impactos emocionales o podrán empaparse de la información de los feminismos que circula por las redes sociales. Las mujeres como Murria, las más pobres dentro de esa feminización, las que no pueden acceder al mercado laboral formal, no cuentan con ingresos económicos, las que no tienen alcance a la información, las que suelen asistir y “con suerte” acceden al sistema público de salud, eternamente cargarán con esas preguntas que nadie les responderá de “¿por qué a mí?, ¿por

⁷⁰ Estas consecuencias pueden ser observadas en la situación que había experimentado “el Santafecino” respecto a la pérdida de “su mujer”, “su amor”, trabajada en el primer capítulo de esta tesis.

qué a ellas, a ella pobre y no a otras?”. El desamor puede afectar y comprometer a las mujeres, pero lo hace de manera diferencial. Por lo tanto, las mujeres atravesadas por múltiples opresiones también lo están en sus formas de amar, desamar o ser desamadas.

Los varones despechados pueden cometer un femicidio. Y si no cuentan con “esa valentía” se relegan a la autodestrucción, sin antes mediar su lugar dentro de su status social, económico, racial y su lugar dentro la jerarquía de las masculinidades. Esta experiencia puede ser un arma mortal para quienes están en los márgenes.

Omar estaba atravesado por un consumo agudo de alcohol aunque no lo asumía como un problema. Además era epiléptico por lo que requería de un abordaje integral pero la falta de acceso al sistema de salud, a un tratamiento continuo y fármacos producían crisis epilépticas recurrentes y graves.

“Y yo voy y me quedo esperando y a veces no me dan bola o sale la que me conoce y me da la cajita”, nos contaba cuando se acercaba a la guardia de un hospital al que solía ir. Las lecturas de la HCI nos indicaba la veracidad de sus relatos. Hacía varios años que asistía al mismo hospital y la atención de su salud se reducía a una cajita de medicación que apenas entendía cómo la debía tomar pero nadie hacía hincapié en sus condiciones de supervivencia, le brindaba algún turno, hacía un chequeo o “ajustaba la medicación”. *“Es que soy nadie”*, nos dijo una vez haciendo una mueca y con cierta cara de resignación y asunción de su condición social, cuando intentaba explicar ciertos síntomas *“y la médica no me entendía”*.

Comenzó a consultar al equipo por las consecuencias de su epilepsia, mayormente traumáticas. Los registros de sus golpes no sólo eran visibles eran, además, preocupantes. *“Cuando ando vendiendo mis flores, a veces me hago un tiempo y pasó a ver a mis amigos, los sepultureros -hacía referencia las flores que vendía en la puerta del cementerio y quienes trabajaban allí- les digo, ustedes de a poco vayan haciéndome un hueco. Se ríen de mí y hacen chistes, “despechadito” vos tenes para rato todavía, me dicen”*.

En una ocasión lo atendimos por un golpe en la cabeza, había tenido una convulsión cercanas a las vías del tren, *“ves que no te morís más vos, me dijeron unos conocidos que me encontraron al otro día”*. Aparentemente permaneció varias horas inconsciente. En otra, solicitó atención porque había caído sobre el cordón de la calle, tenía hematomas y varios cortes. Presumiblemente comenzamos a asustarnos cuando lo atropellaron en la vía pública, *“me dejó ahí tirado, los otros autos pasaban a mi lado, hasta que los del puesto de diario pararon el tránsito”*. Lo trasladaron de emergencias a la guardia, le vendaron precariamente y le dijeron que quizás tenía una fractura en una de sus muñecas. Cuando nos vino a ver, nos dimos cuenta que sus manos estaban hinchadas, además, tenía varios golpes, por lo tanto, lo

derivamos a realizarse unas placas a un efector de salud cercano a la parroquia. Al rato regresó y comentó que no lo quisieron atender porque si bien tenía un turno designado (el cual habíamos sacado unos minutos antes) no tenía una orden médica, pese a que lo habíamos dejado asentado en su HCI visible para quién tuviese ganas de acceder y leer sus antecedentes de salud. Sentimos mucha furia junto a Sole. Enojadas comenzamos a redactar un informe para que presente y le sacamos nuevamente un turno -milagrosamente había disponibilidad- pero no había intención de atender a un varón en SC. Regresó sin atención, *“me dijeron que vaya otro día”*. Se nos llenaron los ojos de lágrimas, de resignación y de bronca, *“tengo ganas de prender fuego todo”*, expresó mi compañera. *“Ay mis niñas no se preocupen, yo sé de sus buenas intenciones”*, nos intentaba dar consuelo, a nosotras, las que debíamos garantizar el derecho de su salud.

En un corto tiempo comenzamos a registrar el deterioro de su salud a un ritmo acelerado. Su consumo de alcohol nos preocupaba porque perdía el registro de su toma de medicación. Los cuadros epilépticos cada vez eran más frecuentes. Decidimos encarar la atención neurológica. Para esto debíamos hacer varias cosas previas por lo que le sugerimos que nos vaya a ver al CeSAC. Sorpresivamente una mañana de invierno se presentó. Estaba lúcido, pero bastante desaliñado, sucio, olía a orina. Igualmente sostenía su sonrisa, comenzó a hacer chistes. Nos reímos. Junto a Jaz le preparamos un desayuno. Un matecocido y unas galletas que ella amorosamente le fue a comprar.

Necesitábamos conocer un poco su historia, conocer sí había redes que lo pudieran acompañar. *“Mis hijos no me hablan hace años, yo les fallé y pagué por eso”*. Nos comentó que tenía nietos que no conocía *“ni locos me van a dejar conocerlos así”*. Refirió haber vivido por años en un asentamiento cercano a la parroquia, por eso *“todo el mundo me conoce”* y si bien lo conocían muchas personas *“yo no los voy a molestar para esto”*.

Luego de su relato comprendimos que Omar había sido proveedor de su hogar *“un trabajador, un laborante”* pero las permanentes crisis socioeconómicas y políticas del país, sobre todo a las que hacía referencia de los años 90 y 2000, fueron determinantes en “su rol” y en la configuración de su familia. Su ex-mujer asumió el rol de sostén de la familia. Inferimos que su consumo de alcohol podría haber sido de larga data pero ese declive de mandatos y roles presumiblemente pudieron haber agudizado el mismo.

“¿Chicas, cómo puedo hacer con mis crisis? Le explicamos que si estaba predispuesto íbamos a intentar conseguir un turno neurológico y desde ahí ver cómo seguiríamos. “Tenemos previamente que resolver lo de tu DNI”. Hacía años que andaba sin

DNI, siempre nos decía que no era necesario. Así que nos levantamos y le dije que nos íbamos a sacar un turno al frente ya que ahí se lo podrían tramitar.

Bajé junto a él por las escaleras, fue dificultoso debido a que por momentos parecía que iba a resbalar ya que erraba a los escalones. Logramos llegar a la puerta del CeSAC. Miró hacia el cielo y dijo *“hoy va a ser un día hermoso”*. Caminamos hacia la esquina y mientras esperábamos me animé a preguntarle, *“Omar, si quieres no me respondas. Noté que varias personas en la parroquia te llaman “despechadito” ¿por qué?”*. El semáforo nos indicó que podíamos cruzar. En la plaza estaban celebrando un casamiento por civil, estaban tirando arroz y sacando unas fotos. Él se asomó para querer salir en una foto. Las personas alrededor de la pareja recién casada lo miraron raro. Me generó mucha vergüenza y risa a la vez. Sentí que estaba bajo mis cuidados y yo era la responsable. *“Vamos, vamos Omar, por ahí no es”*. Lo tomé del brazo y volvimos a cruzar hacia la otra vereda. Caminamos unos metros, llegamos a nuestro destino. Pasamos dentro del CGP⁷¹. Una persona nos dijo que aguardemos. Mientras manifestó: *“mi señora me dio miles de oportunidades, me decía que me vaya y luego por lástima me volvía a abrir la puerta. Así durante años. Un día me sentó y me dijo que conoció a alguien, lo nuestro se terminó para siempre, vamos a vivir juntos acá. Me rompió el corazón escucharla, yo tampoco nunca escuché todos sus reclamos, se hizo cargo de todo. Me había enamorado de la botella y ella tomó su decisión. Fui el hazmerreír del barrio, todos sabían que ella andaba en una, y bueno me tuve que ir. Por eso me llaman así”*. Porque en el paisaje mental de la masculinidad, los varones son los que dominan las relaciones amorosas. Son quienes detentan una posición capaz de controlar, por tal, es inadmisibles que una mujer en posición de sumisión sea la que determine las reglas de juego dentro de una relación, sea la que desacate el orden patriarcal. Y si lo hace, para los pares que observan *“es un dominado”, “un pollerudo”, “un despechadito que no supo poner las reglas en su casa”*. No tuve mucho para responder en ese momento, sólo le agradecí su respuesta y que pudo contar sobre ese dolor con el que cargaba hacía años.

Cuando nos atendieron expliqué que queríamos que Omar realice su DNI. No había turno, así que me ofrecieron uno para otra sede 20 días después. Lo tomamos y nos fuimos. También habíamos logrado conseguir un turno para neurología dos meses después.

Con todo esto encaminado, empezamos a planificar algunas cuestiones. Evaluamos la posibilidad de que una promotora de salud lo acompañe al turno, así podía mediar entre quienes lo atenderían. Por dos semanas no se presentó en la parroquia. Consideramos que si

⁷¹ Es una sede comunal (15) dependiente del GCABA. Allí se pueden realizar varios trámites, entre ellos, la gestión del DNI.

perdía el turno del DNI, se caería la siguiente estrategia de ir al hospital. Asombrosamente, cuando estábamos finalizando nuestro día de atención se presentó, preguntó “por sus niñas”. “*Maru, Maru*”, balbuceó mi nombre como pudo. Estaba impresentable. “*Tengo el turno con el DNI*”. Nos miramos y creo que pensamos todxs internamente “¿cómo hacemos para que llegue?”. Miramos la hora, faltaba casi 1 hora para el turno. Rápidamente me levanté, bajé las escaleras y hablé con Coqui. Necesitábamos una excepción, y que la vida le diera una oportunidad. “*Necesitamos que llegue al turno, y así no puede ir. Necesita ropa, poder bañarse e ir en auto porque no sabemos si sabrá cómo llegar*”. La mayoría de las voluntarias ya se habían marchado y el dispositivo había dejado de funcionar. Coqui apoyó su brazo sobre mi hombro “*es una oportunidad única, todos lo vamos a ayudar*”. No sabemos cómo logró bañarse, ni cambiarse la ropa que siempre llevaba puesta, pero lo hizo. Lo acompañamos hasta la vereda, se subió a un TAXI y se marchó.

Habíamos anotado en un papel la dirección que tenía que declarar: “*Dirigido a quien lo atiende. Omar es una persona en situación de calle, lo acompañamos desde el equipo territorial, desde la parroquia Santa Igualdad, su domicilio es ... muchas gracias*”. Le anotamos nuestro mail por las dudas. Dos semanas después Coqui le entregó su DNI.

Recuerdo cuando me dijo “*mi niña querida, mirá mi DNI, ahora soy nadie pero con foto*”. Sentí una emoción interna y una pena a la vez. Desde mi perspectiva, Omar había recuperado su derecho a la identidad. Desde su autopercepción, sabía “*muy bien*” que el DNI no lo removería de su estatus social, de la marginalidad y de los márgenes. Le pedí “*por favor que lo guarde muy bien*” para que nadie ponga excusas para atenderlo, en su bolso, en el que me había contado que llevaba algunas fotos junto a su ex-esposa cuando eran novios, cuando se casó, de sus hijos, de los recuerdos vivientes que añoraba y había perdido. Siempre recuerdo esta conversación, y quizás por mucho tiempo más lo haré.

“¡Llamado de emergencia.
Atención a todas las unidades
Llamado de emergencia del sistema 911
Hombre moribundo con aparente ataque cardíaco
Necesitamos asistencia de inmediato en el área...
Ven y sana mi dolor...”

Me encontraba iniciando la escritura de esta tesis y como parte de un ritual, me prendía varios sahumeros, ponía música de fondo y por horas me desconectaba de todo. Ese día al finalizar la jornada, tomé mi celular para mirar la hora. Observé que tenía llamadas perdidas y varios audios de Coqui y Jaz. Cerré mis ojos, me di cuenta que algo había sucedido. El primer mensaje de mi compañera hacía alusión a que Coqui se quería

comunicar conmigo y no podía. *“Maru querida, quería contarte que Omar falleció, estoy acá con la policía”*, comenzaba el primer audio de Coqui”.

Aparentemente lo habían encontrado en la vía pública y cuando llegó el SAME no pudieron reanimarlo. Había muerto. Se habían presentado en la parroquia pues entre sus pocas pertenencias habían encontrado su DNI con esa dirección y querían notificarle a alguien de su fallecimiento. No había a quien contarle. El deterioro de sus redes sociofamiliares era de largo plazo. Y también el de la sociedad que lo había abandonado a su suerte hacía décadas. Omar se había muerto frente a nuestros ojos, ante la vista de todxs nosotrxs como sociedad, como muchas mujeres y varones en SC lo hacen cotidianamente. La salvedad estuvo en que pusimos esa dirección, pero como él bien sabía *“no era nadie”*. Son N/N caminando, deambulando, flagelando entre los márgenes. Son -desde mi perspectiva- una de las expresiones más cruentas y perversas de la mancomunidad entre el capitalismo y el patriarcado. Son el reflejo de esa pirámide de violencias que como sociedad decidimos mirar hacia otro lado porque además de haber creído en los mandatos hemos adherido ciegamente a las ideas distorsionadas del “mérito”, del “sálvese quien pueda”, del “que no hay que dar el pescado”, y que “las mejores” vías de escape son mirarse al propio ombligo y amarrarse a la indiferencia. La indiferencia es -tal vez- la violencia más letal de estos tiempos. La indiferencia es la que va cosiendo y enhebrando todo el tejido social de las otras formas de violencias patriarcales y de exclusión social. Hemos sido normalizadxs y nos han hecho creer que las violencias son un modo de vida. Pues, la indiferencia mata. Mata a miles de mujeres descreídas como también a esos varones que prefieren morir de pie abrazando a ese mandato de masculinidad. Y si bien la muerte es una certeza, los caminos hacia la misma son totalmente indistintos. Las mujeres y varones en SC, como en un estado de agonía crónica pero con cierta lucidez, van muriendo lentamente. Mueren por la discriminación, por la estigmatización, por la segregación, la indiferencia, por la racialización de sus cuerpos, por los atravesamientos del género, por que deben vivir en estado de alerta como si fuesen una guardia médica de 24hs, por los desechos de la basura, por saber *“muy bien”* qué implica estar en los márgenes y los efectos que tiene ello para su salud integral. Son las muertes sin llanto.

“Perro amor explota”: Reflexiones sobre lo que está tan contenido y se hace invisible

No hay quien que con cierta “impresión” refiera que en su cuadra, en su barrio o en los lugares que frecuenta observe mucha más gente “durmiendo” en la calle. No es una sensación. Es una certeza en brutal crecimiento. Y es que el futuro no llegó cómo esperábamos. La SC es el retrato de la extensión de los márgenes; de las marginalidades, del afloramiento de la naturalización de la pobreza, de las desigualdades sociales y de género.

La SC es una veracidad innegable. Se ha revelado como una dimensión estructural que permea e interrelaciona con otras estructuras, por lo tanto, no puede ser investigada como un efecto. El “neoliberalismo tardío” en tanto modelo económico, social y geopolítico, tiene características específicas en las últimas décadas (Delgado y Gradín, 2016), reestructurando nuevas lógicas del capitalismo, de los modos de producción, de las subjetividades. “Lo novedoso” de éstos tiempos es que la mercantilización y el utilitarismo más feroz que jamás se haya conocido, entre ellas, las de las vidas mismas, han destapado una nueva etapa del capitalismo, por consiguiente, la SC se ha estructurado como el sellado entre esas partes de la formalidad e informalidad. Por eso, lejos de sentirse “víctimas” de estas transformaciones, los varones y las mujeres de esta tesis, nos han “sacado el velo de nuestros ojos” para demostrarnos que la calle es un lugar para auto procurarse las oportunidades que estructuralmente les son negadas (Pelagagge, 2024). Ante el abandono por parte del Estado, son las mismas personas las que se movilizan, “eligen”, emplean, van en busca de estrategias para garantizar sus supervivencia, y cómo pueden, las de sus familias.

En este sentido, los barrios de las Comuna 14 y 15 favorecen al desarrollo de esas estrategias comunitarias, por ese motivo han sostenido que *“es imposible que acá pases hambre, no son como nuestros barrios”*. Con estas ideas convincentes, sobre todo, con el alcance mínimo a cubrir necesidades reales se comenzaron a consolidar *“las ranchadas”* de la zona. En estos barrios prevalece cierta ideología “del buen vecino de la Ciudad”, “la meritocracia” y que “son barrios embellecidos” con un gran potencial para el desarrollo inmobiliario, por lo tanto, la limpieza “racial” es un mecanismo cotidiano con un gran despliegue por parte de las instituciones del GCABA, cuyas metodologías no son más que la persecución, la humillación, múltiples violencias y el encarcelamiento. No lo hemos leído en ningún periódico. Nadie habla sobre éstas personas a excepción de las campañas de frío; en

el campo, hemos sido testigxs de esos mecanismos perversos y sus impactos degradantes; además, hemos aprendido que los veranos extremos son de igual peligro para sus vidas.

Con estos puntos de partida comencé a preguntarme ¿hasta dónde podría un cuerpo aguantar? ¿Por qué preferían someterse a esa “ortopedia” de humillaciones y violencias? ¿Cómo podrían haber sido sus pasados para “elegir” la SC como un modo de vida? Esto me condujo a indagar sobre quiénes se encontraban allí, el modo en que éstas personas “le daban vida” a esos márgenes; en fin, a explorar al territorio como una territorialidad de disputas sociopolíticas, de sentidos socioculturales, de desigualdades sociales y de género.

La campaña de vacunación fue oportuna en varios aspectos. Quizás la más relevante fue para dar cuenta que el dilema no estaba sólo en cómo “nosotrxs” mirábamos a “esxs otrxs”, además, en cómo “esxs” nos miraban a “nosotrxs”, a quienes representamos a las instituciones estatales. Uno de los mayores triunfos del neoliberalismo es la necropolítica del terror generada por el propio Estado respecto a las ideas que tejen alrededor del peligro y del terror hacia “lxs otrxs” (Olavarría, Webconferencia PRIGEPP, 2019). Sin embargo, “esxs” también nos temen, desconfían, se atemorizan de “nosotrxs”. Fue un gran desafío aprender a mirar desde otros lugares y con otros ojos; de entender cómo se ponía en juego el juzgamiento gratuito; de cómo sortear las injusticias sociales para no quedar atrapada en ciertos análisis lineales sobre la pobreza y el género. A lo largo de todo este escrito hemos visto que la SC es mucho más compleja “debido a” o “que” la falta de vivienda. El déficit habitacional es incuestionable pero reducirla a esto no hace más que teñir las transformaciones actuales que están arremetiendo el capitalismo y el patriarcado.

Nadie vive y nadie muere del mismo modo. Las tensiones y contradicciones que generaban esas desigualdades, y las formas en que viven y mueren éstas personas me llevaron a la realización de esta tesis. Si la salud es determinante, era necesario cuestionar cómo esa marginalidad les impacta y afecta a la salud en general. A partir de allí, empecé a observar dos aspectos nodales que me arribaron a los supuestos trabajados a lo largo de esta tesis.

Durante las recorridas territoriales y todo lo que emergió una vez que llegamos a la parroquia, llevaron a preguntarme; por qué siendo de la Ciudad más rica, en términos socioeconómicos como en ofertas institucionales para garantizar derechos de salud (cuenta con más hospitales y CeSAC que todo el resto del país) no era una opción en ellxs para acceder a determinadas atenciones, como por ejemplo, ante lesiones gravísimas, riesgo de muerte y enfermedades. Situaciones que se agravaban cuando nos encontrábamos con partos y bebés recién nacidxs, abortos espontáneos o inducidos en la vía pública. Posiblemente hayan sido sus propias miradas, algunos dichos y actitudes de “ellxs” hacia “nosotrxs”, que

develaron la complicidad por parte del sistema de salud. Las ideas racializadas que recaen sobre “ellxs” no me hubiesen llevado a ningún puerto si no entendía cómo el género, adscriptas a esas ideas, determinaban las relaciones sociales entre ellxs mismxs, entre las instituciones y el territorio. Por ello, fue importante recurrir a la noción del territorio vivido y genéricamente construido (Pozzio, 2021) para dar cuenta que; el sistema de salud, se encuentra con severos obstáculos para afrontar la atención de su salud debido a los sesgos biologicistas, de género y otras opresiones de desigualdad a la hora de imponer sus barreras burocráticas que se desatienden de los efectos propios que puede producir la permanencia en calle. Además, para entender que las mujeres y varones se ven atravesadxs por un orden de género que lxs somete, aun en esta condición, a reproducir, reforzar y profundizar estereotipos, produciendo efectos diferenciales que les lleva a asumir prácticas de discriminación de género, raciales, diferentes tipos de violencias y la violación como punto extremo. Efectos profundos que van naturalizando como también gran parte de la sociedad.

Bajo esos supuestos he decidido estructurar esta tesis para lograr entender cómo el entrecruzamiento entre el género, la condición de estar en SC, los determinantes sociales y la racialización afecta a la salud integral de éstas mujeres y varones. La calle ha demostrado ser genéricamente masculina, con normas propias que se imparten desde el mandato hegemónico que retroalimenta los sentires, decires, haceres; no obstante, las lecturas no logran demostrar cómo esas transformaciones actuales están reconfigurando la SC; sobre quiénes llegan a la misma y las lógicas que permean en dicha condición.

A la calle ya no llegan esos varones atravesados por las crisis entre los años 90 que han visto afectados sus roles y estereotipos tradicionales dentro de la división sexual del trabajo pese a que quedan “algunos resabios”. Por el contrario, producto del orden del estado subsidiario y del neoliberalismo se están generando variaciones y ciertas conversiones que llevan preguntarse sobre qué orden de género estamos hablando (Olavarría, Webconferencia PRIGEPP, 2019) y la necesidad de realizar un análisis interseccional desde las dinámicas entre lo intergeneracional y el género con esas estructuras micro-macrosociales.

La mayoría de los varones de esta tesis no se ven interpelados por retóricas, como por ejemplo, la idea de que el trabajo dignifica, el contrato laboral, la conciliación entre el trabajo y la familia; es decir, no se ven identificados en los roles de trabajadores y proveedores. En contraste, sus estrategias de supervivencia como el cartoneo, pelado de cables, cuidado de coches, venta de latas, etc., reafirman la precarización de la vida, la flexibilidad laboral y que lo que se obtiene a cambio es un medio para sobrevivir 24hs, o bien, para acceder a determinados consumos efímeros. En ellos se configura la era del consumo impuesta por el

neoliberalismo. Desde sus posiciones sociales acceden a la satisfacción de necesidades mínimas, y si bien la mayoría de sus historias habían comenzado en *“en una esquina”*, *“con los pibes”*, *“porque quería probar”*; sus relatos constituyen una manifestación singular: *“en la calle encontrás todo lo que necesitas y te juro que no necesitas más”*.

Ante estas revelaciones era necesario preguntarse sobre los efectos propios en su salud integral y en sus subjetividades. Si bien estas configuraciones parecieran estar mutando en un plano estructural y en lo público, en el paisaje mental de éstos varones se expresan tensiones que se confrontan y redefinen, puesto que, sus identidades no se corresponden a una masculinidad hegemónica pero los termina *“acorralando”* a ser *“Hombres”* en determinados modelos que no se condicen con sus condiciones de vidas.

A lo largo del primer capítulo he intentado demostrar cómo se ponen en juego la interseccionalidad de estas estructuras desigualitarias en su salud. La mayoría de ellos -y de ellas- provienen de familias empobrecidas generacionalmente; y sus historias estaban marcadas por territorios altamente segregados donde las familias podían garantizar a duras penas un plato de comida al día; realizando algunas changas esporádicas, dedicándose al cartoneo, a la delincuencia o la venta de drogas. Lejos de esos discursos sádicos respecto a *“la falta de cultura de trabajo”*, intento remarcar cómo se han construido sus subjetividades.

En los varones está instalada fuertemente la idea de que *“en la calle encontrás todo lo que necesitas”*. Entre los jóvenes de 20-35 años nos hemos encontrado con el mayor deterioro de la SM producto del consumo problemático de sustancias y/o alcohol. Nunca dejó de sorprendernos que sus inicios fueran referenciados desde los 8-11 años. Niños que han tenido accesibilidad a la legalidad e ilegalidad pero no han tenido las garantías mínimas de comida, la escuela, etc. Han crecido con el derrumbe de las instituciones estatales y los paradigmas del regateo, del oportunismo, de que *“hay que ganarse la vida”*, *“la lucho todos los días otra no queda en mi condición”*; de que son necesario el mérito, el esfuerzo y de que todo se resuelve en el mercado-la calle. En ellos -y en ellas- se ha legitimado la idea de no sentirse y/o posicionarse como sujetos de derechos. Por eso la mayoría ha expresado que *“no entendían la necesidad de hacer un DNI”*, *“no lo necesito”*, *“por cambiar la identidad le tiran unos pesos”* o *“ahora soy nadie pero con foto”*.

En sus subjetividades -y las de ellas también- se ha tejido la idea de que no hay qué o a quién reclamar; pues la complicidad del Estado está a la orden del día en sus barrios; en la desidia, en el abandono feroz, aún así; en la Ciudad más rica, ante *“los vecinos de bien”*, se vive *“cierto libertinaje”*, cuando el mismo Estado *“hace la vista gorda”*, ya que incontables veces nos han revelado que *“no hacía falta esperar a que oscurezca para conocer”* a quienes

proveen de ciertos consumos legales e ilegales ya que *“te vende el del kiosquito”*, *“el del puesto de diario”*, *“el gorra que es más transa que el transa”*, *“más farmacias de lo que se imaginan te venden sin receta”*, incluso, *“el profesional que te la pasa con carpa”*.

Sus condiciones cristalizaron una y otra vez, las transformaciones del espacio público, de los órdenes sociales y de los órdenes de género precedentes. Han crecido con un Estado que ha llegado a su propio cuello de botella en cuanto a sus políticas subsidiarias -como el subsidio habitacional, la ciudadanía porteña y los paradores-; y con retóricas que ponen de manifiesto que uno de los mayores mecanismos de la colonización es la mirada homogénea que recae sobre la noción de “la población” (DiPietro, Webconferencia PRIGEPP, 2019); de una la población “a-sexuada”, por tal, ellos -ni ellas- se sienten interpelados por las mismas. Como correlato, se han generado las bases para afirmar las percepciones de la individualidad, la responsabilización, del mandato de masculinidad; que en sus condiciones reales de existencia y un esfuerzo -hasta descomunal- por la reafirmación de esa identidad produce una eclosión con grandes efectos en su salud integral.

¿Por qué les ha costado solicitar atención de su salud incluso cuando hemos decidido abrir ese espacio de atención? A lo largo del tiempo comprendí que en el paisaje de sus mentes, los dos supuestos con los que arribé a esta tesis, se nutrían y retroalimentaban. En sus subjetividades no se sienten merecedores de la atención de su salud, porque no se autoperceben como sujetos de derechos -y ellas tampoco- y el sistema de salud ha hecho una gran contribución a ello de manera diferencial según el género.

Con la idea de masculinidades marginales en combinación con los determinantes sociales, intenté reflejar las diferencias que se producen entre los varones en relación a lo intergeneracional y cómo a partir de la interpretación de su identidad experimentan diferentes problemas de salud arraigadas a sus cortas expectativas de vida y a los riesgos que afrontan constantemente. En los más jóvenes y con pocos años en SC son en quienes hemos observado situaciones de violencias extremas, con heridas graves y constantes, con lesiones y secuelas; además, con mayor consumo de sustancias de gran impacto en su SM. Asimismo, son quienes mayoritariamente han hecho uso de los servicios brindados como el lavado de ropa y de la ducha. Vestirse lo más prolijo posible, perfumarse y cortarse el pelo eran prácticas que trataban de sostener *“para no aparentar ser un pibe de la calle”*. Por lo contrario, cuando se tiraban en algún rincón a dormir, no se bañaban ni comían, eran indicadores que se encontraban en un momento de consumo agudo. En quienes llevaban una larga trayectoria en SC hemos registrado el mayor abandono y deterioro cognitivo, con un consumo agudo de alcohol de larga data. A partir de estas diferenciaciones comencé a observar que la SC se

presenta más variable y heterogénea respecto a las situaciones que los atraviesa, por lo tanto, las diferentes opresiones de desigualdad y los impactos que puede producir la permanencia en calle se experimenta diferencialmente, incluso, en esas masculinidades marginales.

Esto llevó a dar cuenta que la SC se ha transformado en la expresión de las subalternidades en el marco de las transformaciones estructurales actuales; y en los márgenes, éstas masculinidades están negociando sus lugares de subalternidad, a veces son transgresoras y/o están redefiniendo esos bordes (Viveros Vigoya, Webconferencia PRIGEPP, 2019). En ellos mismos se ponen en juego esas alteridades, cuando constantemente marcan las diferenciaciones entre sus pares. Desde la percepción de quienes se encuentran hace mucho más años en SC, entiende que los más jóvenes son los que han alterado las dinámicas y la configuración de la misma quedando anexados a estereotipos de que son “los más violentos”, “los delincuentes”, “los drogadictos”, quienes han transformado los códigos y normas de convivencia, “los jóvenes (se) demuestran quienes son, por medio de prácticas transgresoras, convirtiendo el emblema en estigma” (Nebra, 2017, p.82). En contraste, los más jóvenes entienden que “los de más años” *“se entregaron a la botella y piensan que las cosas le van a caer de arriba”, “nunca se baña”, “no quiero eso para mí”, “tan abandonados, pobres”*. Por tal, estas masculinidades marginales asimismo están reconstruyendo relaciones de poder en un plano horizontal y no necesariamente se sienten -del todo- identificados con ciertas categorías estancas y/o estereotipadas que prevalecen socialmente y se les intenta adjudicar.

Estas cuestiones entran en eclosión desde las retóricas estereotipadas, racializadas y expulsivas que promueve el sistema de salud hacia éstos varones. Si bien se impone un sistema patriarcal que busca reafirmar valores heterosexistas; las transformaciones estructurales también han trastocado la esencia de los efectores sanitarios públicos, ya no se pone el eje en la concepción de derecho a la salud, más bien, en qué vidas merecen vivir y qué vidas merecen morir (Franco y Merhy, 2016). Tal como demostré en el primer capítulo, actualmente se están tecnologizando los mecanismos de accesibilidad, un ejemplo de ello, es contar con un teléfono para hacer un llamado de emergencia, conseguir un turno o ver el estado de ciertos trámites; mecanismos que no se adecuan en sus condiciones reales de existencia y que llevan a preguntarse hacia dónde está virando la salud pública y qué tipo de “población” accedería a la atención de la salud. Estas ideas subyacentes quedaron plasmadas en sus experiencias reiterativas -que incluso hemos presenciado-; no son varones que no buscan atender su salud; al contrario, las ideas racializadas que “son violentos”, “poco colaborativos”, “son monos con navaja”, “sucios”, “su carita lo dice todo”, etc., por un lado, retroalimenta representaciones sociales sobre qué tipo de varones están en SC, por otro,

refuerza ciertos estereotipos socialmente aceptados de esa caja de masculinidad (Heilman, Baker y Harrison, 2017), que contribuyen a conductas violentas y temerarias en aspectos relacionados con su salud, sus pares, familiares, la sexualidad, el uso de alcohol/ drogas y el autocuidado (Keijzer, 2006).

A su vez, he intentado mostrar que todas estas experiencias no pasan desapercibidas en el paisaje de sus mentes -ni en el de ellas-; el hostigamiento y la persecución por parte de las instituciones de control y ciertas humillaciones por parte de quienes viven y transitan la Ciudad, suscitan ciertas sensaciones de “no sentirse parte de la sociedad”, sinsabores que calan profundamente generando dolor y una degradación en su salud en general.

Sin embargo, estas variaciones, heterogeneidades, contradicciones se han profundizado a partir de la situación de las mujeres poniendo de manifiesto que en la interrelación entre las categorías de análisis cristalizan dominios y desigualdades que se experimentan totalmente diferenciadas en esos márgenes sociales.

En el segundo capítulo intenté reflejar que si bien muchas mujeres de esta tesis provienen de familias con características similares, las diferencias se enmarcan que desde muy pequeñas han comenzado a experimentar violencias generizadas. Muchas han sido forzadas a ser niñas-madres; en los mejores o peores de los casos -según cada quien su perspectiva- han sido institucionalizadas en hogares; o bien, *“he tenido que vivir con mi violador y con la complicidad de mi familia hasta que decidí irme a la calle”*.

Para ellas, la calle se presenta como un escenario oportunista encuadrado dentro de las lógicas neoliberales y la feminización de la pobreza, que añadidas a la condición de género generan efectos degradantes que se solapan en continuum de violencias a lo largo de sus vidas convirtiéndolas en “mujeres” multirresistentes. En ellas observé mayor capacidad de agencia. No quiere decir que en las masculinidades marginales no las haya; en ellos radica un mayor desintegración de redes, de lazos, de las relaciones de poder entre ellos mismos, incluso, del vínculo con instituciones que les ofrecen servicios, por ejemplo, la parroquia misma que en reiterada ocasiones los ha expulsado por sus comportamientos y/o hurtos. En cambio, en ellas operan otros capitales simbólicos que potencian en un escenario de lógicas adversas y a la hora de relacionarse con las instituciones. La mayoría de ellas sostiene vínculos con sus familias sobre todo con quienes han quedado a cargo del cuidado de sus niños, constantemente se la rebuscan para llevarles algún dinero, ropa, juguetes o saber simplemente cómo se encuentran. A la hora de relacionarse con la parroquia, han sido buenas calculadoras en generarse las propias oportunidades (Pelgagge, 2024), por ejemplo, al momento de solicitar ropa para revender en las ferias, incluso, cuando han acudido a nosotras

para ver si lo podíamos donar algo para sacar algún provecho. De algún modo sostienen y amplían sus redes en busca de mejores estrategias utilitarias.

Sus multirresistencias se potencian a la hora de repensar sus vínculos hacia al costado y hacia arriba. Sus violencias vivenciadas se reavivan ferozmente en la SC, ya que experimentan en primera persona las reglas que rigen en un campo altamente masculinizado. Hacia al costado; son sometidas a ser objeto de la cosificación y múltiples violencias que sufren y adolecen en el silencio por “sus guardianes” que comparten su misma condición de marginalidad pero gozan de determinados atributos del mandato de masculinidad. Si bien éstos, sufren, sienten dolor, hasta lloran, en su paisaje mental se reafirman las relaciones sociales de jerarquía, dominación, sometimiento, por lo tanto, las mujeres son colocadas en lugar de sumisión, retroalimentadas por identidades estereotipadas de ser “las más predisuestas”, “regaladas o que la conocen todos”, “que si se embaraza no pasa nada”, en otras palabras, “son malas mujeres”. Asimismo, en ellas recae el juzgamiento de ser “malas madres” que trasluce diferentes niveles de complicidad. En primera instancia por esos varones que se desatienden de sus paternidades, llevándolas a asumir los cuidados en las condiciones que pueden y en total soledad. A su vez, por sus propias familias que les exigen cierto “rescate” como condición para poder ver a sus niñas.

No obstante; hacia y desde arriba se imponen las mayores complicidades. En el sistema de salud se reivindica la idea de “malas mujeres, malas madres, malas pacientes”, porque en lo llano se sobreentiende que son mujeres subalternas, son mujeres transgresoras, que corrompen con los principios de blanquitud que el sistema colonial-patriarcal impone a las mujeres. Los dos supuestos con los que arribé a esta tesis, en el paisaje de sus mentes se conjugan de un modo singular. Intenté demostrar que mediante sus relatos, historias, los vínculos que hemos construido con “ellas” y la forma de mirarnos a “nosotras” revelaron que; en un campo altamente feminizado como lo es la salud pública, somos mujeres-profesionales quienes judicializamos “sus capacidades” para maternar, cuidar, amar. Somos “nosotras”, mujeres “bien enseñadas”, con valores raciales, que prejuzgamos sus condiciones sociales, de clase, sus subalternidades. Por eso, éstas “mujeres” son las que “conocen muy bien” a las instituciones estatales y que el patriarcado está protegido por la ley (Segato, 2019). Por ello, desde mi perspectiva, han demostrado un mayor capital simbólico el cual se potencializa a la hora de reconfigurar y extender redes en la SC, porque desde un plano horizontal y en el plano desde sus subjetividades son las que mejor entienden que “nadie se salva solx”, por tal, éstas “mujeres” están instituyendo una sororidad desde los márgenes, mediante la trasmisión de sus propios saberes, para sortear sus destinos y las identidades colonizadoras que se les

intenta imponer, intentando construir otras formas posibles de relacionarse entre ellas, de ser mujeres y maternas.

Por otra parte, estas disputas territoriales desde los bordes refleja cómo las transformaciones estructurales actuales dinamizan las relaciones sociales entre los géneros, entrelazando, fundiendo, transformando y resistiendo a la vez. A través de sus relatos, una y otra vez se confirmaba que ya no es posible hablar de la división social y sexual de los espacios. De manera difusa esta etapa del neoliberalismo está imponiendo un continuum entre lo público-lo privado; y la SC es el escenario de interjuego entre lo íntimo y lo que se muestra, se expone, se desnuda ante la mirada de otros, por lo tanto, si bien en décadas anteriores prevalecían diferentes niveles de silenciamiento (Gentile, 2008); me atrevo a afirmar que lo que está sellando son diferentes niveles de complicidades y la sociedad cumple un rol esencial.

¿Por qué ciertas mujeres con determinados capitales simbólicos y materiales, como la casa, “eligen” irse a la calle, o incluso, el mismo Omar me planteaba que *“lo único que me queda como persona”* estaba en ese bolso, haciendo referencia a sus recuerdos más preciados? A lo largo de sus experiencias amorosas y de despecho, una y otra vez reverberaba la retórica más letal de estos tiempos e invisibilizada de todas, que en lo profundo de nuestras subjetividades, propias y como sociedad, ha calado ferozmente la idea de que hay vidas que valen la pena y otras que no, por eso se necesita al menos *“una pasión”, “un y por amor”* para darle sentido a las desigualdades más salvajes de quienes se encuentran en los estratos más bajos, de quienes tiran de un hilo para amarrarse y de quienes están a punto de caer, no sabemos bien hacia dónde. Esto equivale a decir que:

“La argumentación circular, despiadada, permite justificar toda pérdida de derechos sociales. La amenaza de muerte late agazapada en estas palabras que auspician acciones de violencia manifiesta o latente, al tiempo que favorecen el uso de un discurso a veces cínico, otras despectivo y a menudo despreciativo por parte de gobernantes, empresarios o comunicadores sociales respecto de las poblaciones (Murillo, 2018, p.412)”.

A la calle no llega una “población” carente de casa, incluso, la mayoría de ellos tendría dónde regresar -aunque entienden “muy bien” porqué no lo hacen, sobre todo, las mujeres-; lo que ha corrompido, o mejor dicho, lo que ha impuesto las transformaciones de las últimas décadas, no son sólo las condiciones precarias y materiales de existencia, además, las condiciones necesarias y reales de afectos, contención, cuidados. En esta era, quedan resabios de las instituciones capaces de ofrecer los mismos. Lo único que queda para aferrarse y de algún modo pertenecer es al “valor más apreciado”, el amor.

En el tercer capítulo intenté reflejar que, lejos de autoadjudicarse las miradas deshumanizantes que recaen en “ellxs” por parte de “nosotrxs” -el resto de la sociedad-, reimprimen y recrean valores sociales aceptados, propios del amor occidental y de éstos tiempos. Que paradójicamente, contradictoriamente, pero sobre todo, perversamente, se experimenta desigualmente porque las mujeres en SC también se ven sometidas a múltiples violencias que gran parte de la sociedad ha naturalizado. Por eso “*no hay que esperar a que oscurezca*” para saber “muy bien” quienes son capaces de ejercer las violencias más salvajes. Esas violencias acontecen ante la “luz de nuestros ojos”. Y para quienes no se animen a ejercerla, como sucede en muchos de éstos varones, aprenderán grandes lecciones por parte de su propio mandato: con una mano les otorgará los privilegios de haber nacidos “Hombres”, con la otra, los llevará a experimentar las mayores adrenalinas y riesgos.

Dormir, vivir y morir en la calle son las realidades más despiadadas de los tiempos que corren y el dilema se presenta en entender los motivos por los cuales se están convirtiendo en el paisaje social de la Ciudad y nos quedamos en silencio. El camino que encontré para responderme estos sinsabores fue entender que hemos normalizado la complicidad, y la complicidad está al orden del día en diferentes niveles y en cada recoveco. Los efectos no pasan desapercibidos. Durante el campo, nos hemos encontrado con las degradaciones físicas, psíquicas y en total completitud, que el sistema de salud público ha sabido “muy bien” como desatenderse durante estas décadas.

“Hacia calor, buscamos una sombra en la canchita. Nos sentamos junto a Gía al lado de “Ninja” que estaba con su guitarra y otros pares, armaron una ronda y le pidieron que toque un tema. Tocó unos acordes del tema “Perro amor explota”, me preguntaron si la conocía, les dije que solía ir a ver a la Bersuit, ¿Maru, vos entendes que acá nadie está a salvo de la locura? Me preguntó unx de ellxs y me miraron esperando mi respuesta. Internamente sabía que ese tema justamente hace alusión a los problemas visibles e invisibles que se ocultan y contienen en la sociedad, donde claramente caben estos pibes y estas pibas, pero cómo se los iba a declarar algo así y “refregarles” algunos de mis privilegios. Me quedé en silencio unos segundos cuando irrumpió el Ninja y dijo: justamente ese tema habla de no quedar en silencio, en no ser cómplice de todo y de ser indiferente a todo lo que nos pasa. Claro, dijo Gía, “es que vivimos así de amargos, algo sin gusto como sinsabor, igualmente ustedes -se refería al equipo- se dignaron a mirarnos diferentes”.

Bibliografía

- Aguilá, E., García, C., Pibernat, L., Solé, A. (2017). El condicionante de género en salud. En *Género y salud: una visión global desde experiencias locales* (pp. 7-16). Farmamundi.
- Almeida Maltéz, M. (2022). *Género y Salud Mental: Narrativas Generizadas Acerca del Padecimiento Mental en Mujeres y Varones Usuarixs de Servicios Públicos de Salud de la Ciudad de Buenos Aires*. [Tesis de Maestría]. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Arellano, O., Escudero, J. y Moreno, L. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. En *Medicina Social*, 3(4), 323-335.
- Batthyány, K., Cabrera, M., Picasso, F., Alesina, L., Bertoni, M., Mascheroni, P., Moreira, M., Ramírez, J., Rojo, V. (2011). *Metodología de la investigación en Ciencias Sociales. Apuntes para un curso inicial*. Universidad de la República.
- Bertona, L., Villalpando, A. y Scarpino, P. (2017). La interseccionalidad como apuesta para la construcción de un proyecto profesional decolonial. En *Conciencia Social*, 1(1), 97-113.
- Bloj, C. (2010). Impresiones teórico-metodológicas alrededor de la investigación en ciencias sociales. Documento de trabajo. (s.f).
- Bogliano, E. (2022). *De la calle, la libertad y otras hierbas. Usuarios de drogas en busca de libertad*. [Tesis de Maestría]. Universidad Nacional de San Martín. <https://ri.unsam.edu.ar/handle/123456789/2079>
- Bonder, G. (2020, 8 de abril). Conferencia inicial. [Webconferencia]. En *Seminario PRIGEPP Globalización*. Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). <http://prigepp.org>
- Bonder, G. (2020). Globalización y género. Dimensiones económicas, políticas, culturales y sociales. Tensiones, reacciones y propuestas emergentes en

América Latina. [Hipertexto]. Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). <http://prigepp.org>

Borde, E. y Torres-Tovar, M. (2017). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Salud en debate*, 41, 264-275.

Bordini, M. (29-2 de diciembre 2017). *Abordaje integral de los consumos problemáticos*. [Trabajo libre]. XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Buenos Aires, Argentina.

Boy, M. (2011). Políticas sociales para personas que viven en la calle. Un análisis comparativo entre el caso de la Ciudad de Buenos Aires y del Distrito Federal. *Área de Estudios Urbanos*, 16(1), pp. 58-73.

Butler, J. (2005): *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Paidós.

Butler, J. (2007). *El género en disputa. Feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós.

Calafell Sala, N. (2020). Menstruación decolonial. *Revista Estudios Feministas*, 28(1), e57907. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n157907>

Cantor, P., Valero, A. y Torricelli, F. (2023). Procesos transformadores en salud mental y producción de cuidados. La problemática de las personas en situación de calle como analizador crítico. *Salud Mental y Comunidad*, 10(14), 57-74.

Capellini, N., Cohen, M., Wolochin, I., Escobar, A. (2012). Internación de pacientes en situación de calle: estrategias de intervención desde el Trabajo Social. *Revista Margen*, 67, 1-37. <https://www.margen.org/suscri/margen67/capellini.pdf>

Carpintero, C. y Bertero, M. (28-30 de octubre de 2021). *Mujeres víctimas de violencia de género y la relación con el abuso sexual infantil*. [Trabajo Completo]. III Congreso Internacional de Victimología, Ensenada, La Plata, Argentina.

- Castel, R. (1995). De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso. *Archipiélago*, 21(2).
- Castilla, V. y Lorenzo, G. (2012). Emociones en suspenso: maternidad y consumo de pasta base/paco en barrios marginales de Buenos Aires. *Cuadernos de antropología social*, (36), 69-89.
- Cisterna, P. (2020). Pacientes en situación de calle hospitalizados, un nuevo desafío para la política pública: Aportes desde el trabajo social. *Cuadernos médico sociales*, 60(2), 9-21.
- Connell, R.W. (1997). La organización social de las masculinidades. En T. Valdés y J. Olavarría (eds.), *Masculinidad/es. Poder y crisis* (pp. 31-48). Ediciones de las Mujeres.
- Cosme, J. (2017). Violencia estructural, masculinidad y salud. El sujeto del neoliberalismo. *Salud Problema*, 11(Segunda época), 91-102.
- Couto, J., y Botazzo, C. (2023). La potencia de los encuentros entre las fisuras de la calle: cuidado, afectos y reducción de daños. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, (27), 1-15.
- Couto, M., Oliveira, E., Separavich, M., Luiz, O. (2019). La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas. En *Salud Colectiva*, 15(e1994).
- Cunzolo, V. (2022). *La gestión del malestar como saber experto. Prioridades, encrucijadas y estrategias en la atención de la salud desde la perspectiva de personas que viven en contexto de pobreza en el sur de la Ciudad de Buenos Aires*. [Tesis de Maestría]. Universidad Nacional de San Martín. <https://ri.unsam.edu.ar/handle/123456789/2378>
- De Keijzer, B. (2006). Hasta donde el Cuerpo Aguante: Género, Cuerpo y Salud Masculina. *La Manzana*, I(1).

- Delgado, D. y Gradín, A. (2016). Neoliberalismo tardío y desestructuración del demos: el poder toma el poder. *Revista Estado y Políticas Públicas*, 7(4), 49-68.
- Díaz, Y., Grondona, L., Pelagagge, F., Reñones, G., Scelzo, G., Silvester, M., Vazquez, E. (2022). Cuaderno al paso: un puente para favorecer el acceso a derechos con personas en situación de calle desde la salud pública. *Plaza Pública*, 15(27), 209-219.
- Dides, C. (2021, 27 de agosto). Políticas públicas de Salud Sexual y Reproductiva. [Webconferencia]. En *Seminario PRIGEPP Políticas*. Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). <http://prigepp.org>
- Di Iorio, J., Seidmann, S., Gueglio, C., Rigueiral, G. (2016). Intervenciones psicosociales con personas en situación de calle: El cuidado como categoría de análisis. *Psicoperspectivas*, 15(3), 123-134.
- Di Iorio, J. (2019). *Situación de calle, espacio público, uso de drogas: una aproximación al problema*. Editorial Intercambios <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/109187>
- Di Iorio, J. (2023). Intersecciones entre salud mental y situación de calle: una aproximación desde la perspectiva de derechos humanos. *Cuestión Urbana*, (7)13, 63-78.
- DiPietro, P. (2019, 22 de julio) Teoría de la Interseccionalidad. [Webconferencia]. En *Seminario PRIGGEP Interculturalidad*. Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). <http://prigepp.org>
- DiPietro, P. (2019, 26 de agosto). ¿Qué saber? ¿Qué hacer? y ¿Cómo ver? [Webconferencia]. En *Seminario PRIGGEP Interculturalidad*. Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP) <http://prigepp.org>
- DiPietro, P. (2023, 5 de octubre). Operacionalizaciones sobre la categoría de género. [Webconferencia]. En *Seminario PRIGGEP Taller de Tesis*. Programa

Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP).
<http://prigepp.org>

- Epele, M. (2010). *Sujetar por la herida: una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Paidós.
- Escobar Ortiz, J. (2015). El cuerpo como artefacto: tecnologías médicas, anatomopolítica y resistencia. *Ciencias Sociales y Educación*, 4(7), 145-157.
- Esteban, M. L. (2006). El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud colectiva*, 2, 9-20.
- Esteban, M. y Távora Rivero, A. (2008). El amor romántico y la subordinación social de las mujeres: revisiones y propuestas. *Anuario de Psicología*, 39(1), 59-73.
- Esteban Galarza, M. (9 de mayo de 2019). *Antropología, feminismo y salud: Diálogos, tensiones y perspectivas de análisis*. [Ponencia inaugural]. II Jornadas de Antropología, Salud y Feminismos, Madrid.
- Faur, E. (2014). *El cuidado infantil en el siglo XXI: mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Siglo Veintiuno.
- Franco, T. y Merhy, E. (2016). *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud*. Lugar Editorial.
- García Fernández, N. y Montenegro Martínez, M. (2014). Re/pensar las producciones narrativas como propuesta metodológica feminista: experiencias de investigación en torno al amor romántico. *Revista de pensamiento e investigación social*, 14(4), 63-88.
- Gentile, M. (2008). Ser niña o niño y ‘estar’ en la calle. Género y sociabilidad. En J. Pojomovsky (Eds:), *Cruzar la calle. Vínculo con las instituciones y relaciones de género en niños, niñas y adolescentes en situación de calle* (pp. 153-174). Ed. Espacio.
- Gomes, R., Couto, M., De Keijzer, B. (2020). Hombres, género y salud. *Salud Colectiva*. 16, e2788. <https://www.scielo.org/article/scol/2020.v16/e2788/es/>

- Griffith, D. (2018). Centrar los márgenes: trasladar la equidad al centro de la investigación sobre la salud masculina. *American Journal of Men's Health*, 12(5), 1317-1327.
- Guber, R. (2001). *La etnografía, método, campo y reflexividad*. Grupo Editorial.
- Güelman, M., Ramírez, R., Azparren, A., Pagotto, V., Wagner Manslau, M., Brena, M., Quiroga, F., Figar, S. (2023). Accesibilidad a la salud en personas en situación de calle de la Ciudad de Buenos Aires en contexto de pandemia por COVID-19: el rol de los dispositivos comunitarios y de los/as acompañantes pares. *Cuestión Urbana*, 7(13), 125-138.
- Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y las mujeres. La reinención de la naturaleza*. Ediciones Cátedra.
- Heilman, B., Baker, G., & Harrison, A. (2017). *La Caja de la Masculinidad: Un estudio sobre lo que significa ser hombre joven en Estados Unidos, el Reino Unido y México*. Promundo. https://www.equimundo.org/wp-content/uploads/2017/03/PRO17003_report_ES_007.pdf
- Heredia, C. (2017). *Sentir dolor. Recorridos, búsquedas y terapias en los Cuidados Paliativos Pediátricos*. [Tesis de Maestría]. Universidad Nacional de San Martín. <https://ri.unsam.edu.ar/handle/123456789/247>
- Hooks, B. (2023). *Todo sobre el amor*. Paidós.
- Lagarde, M. (2018). *Claves feministas para mi socias de la vida*. Batalla de ideas.
- Lenta, M. (2021). Perspectiva de género, diversidad e interseccionalidad en los actos de salud. *Argentina Medicina*, 9(3), 141-145.
- Ley 26.485. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. 1 de abril de 2009. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>

- Ley 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Diciembre 2 de 2010.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>
- Ley 27. 654. Situación de calle y familias sin techo. 9 de diciembre de 2021.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27654-358622>
- Marcos-Marcos, J., Mateos, J., Gasch-Gallén, A., Álvarez-Dardet, C. (2020). El estudio de la salud de los hombres desde una perspectiva de género: de dónde venimos, hacia dónde vamos. *Salud colectiva*, 16, e2246.
<https://www.scielosp.org/article/scol/2020.v16/e2246/es/>
- Médicos del Mundo (2010). *Informe Salud en la Calle*. Disponible en: <https://bit.ly/2ZNL9O1> [consulta 10 diciembre 2022].
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?. *Alteridades*, 4(7), 71-83.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & saúde coletiva*, 8, 185-207.
- Menéndez, E. (2008). Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. *Región y sociedad*, 20(SPE2), 5-50.
- Menéndez, E. (20 de abril de 2015). *Los padecimientos no son sólo enfermedades*. [Panel Central]. Jornada de Antropología y pluralismo asistencial, Campus Cataluña, España.
- Meneses, L. (2017). Problemática actual en la salud bucal en el Perú. *Revista Postgrado*, 3(2), 1-4.
<https://www.scientiarvm.org/archivo-texto.php?IdA=73&Id=9>
- Molina, J., Morales, D., Pari, P., Orosco, H., Murillo, M. F., Sostres, M. (2023). *Embarazo y maternidad en mujeres adolescentes y jóvenes en situación de calle de las ciudades de El Alto y La Paz*. Imprenta Arte Imagen.
- Montoya Heilbron, P. (2019). *“Border love” o del amor producto del despecho: Estilos emocionales en las experiencias amorosas de los Pereiranos*. [Tesis de Maestría]. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales.

<https://repositorio.ucp.edu.co/entities/publication/1cb96559-4f44-4e74-bbd6-916a06b47a8d>

Morande, B. (2018). *Salud callejera: la Atención Primaria de Salud en los márgenes de la Ciudad de Buenos Aires. Redes de cuidado de una organización de la Sociedad Civil para personas en situación de calle*. Independent Study Project (ISP) https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2769

Murillo, S. (2018). Neoliberalismo: estado y procesos de subjetivación. *Entramados y Perspectivas*, 8(8), 392-426.

Nebra, J. (2017). *La construcción de las masculinidad(es) y su relación con la vulnerabilidad penal juvenil. Un estudio socio-antropológico con perspectiva de género*. [Tesis de Maestría]. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

Olavarría, J. (2000). De la identidad a la política: masculinidades y políticas públicas. Auge y ocaso de la familia nuclear patriarcal en el siglo XX. En J. Olavarría y R. Parrini (eds.), *Masculinidad/es. Identidad, sexualidad y familia* (pp. 11-28). FLACSO, Chile.

Olavarría, J. (2019, 25 de abril) Orden de género y Masculinidades ¿Nuevas? ¿Emergentes? ¿De qué masculinidades estamos hablando? En *Seminario PRIGGEP Masculinidades*. Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). <http://prigepp.org>

Olavarría, J. (2019). Masculinidades y Género. [Hipertexto]. Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). <http://prigepp.org>

Oliveira, V., Silva, E., Gomes, C, Carvalho, M., Galvão, M., Magalhães, R. (2021). Condiciones de salud de las personas sin hogar durante la pandemia de Covid-19 a la luz de la Teoría Ambiental de Nightingale. *Index de Enfermería*, 30(3), 219-223.

Organización Mundial de la salud. (2018, 23 de agosto). *Género y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

- Organización Mundial de la Salud. (2022, 18 noviembre). *La OMS destaca que el descuido de la salud bucodental afecta a casi la mitad de la población mundial.* [Comunicado de prensa]. www.who.int/es/news/item/18-11-2022-who-highlights-oral-health-neglect-affecting-nearly-half-of-the-world-s-population
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Masculinidades y salud en la Región de las Américas*. OPS Washington DC. <http://iris.paho.org>.
- Padgett, D., Smith, B., Henwood, B., Tiderington, E. (2012). La adversidad del curso de la vida en la vida de personas anteriormente sin hogar con enfermedades mentales graves: Contexto y significado. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(3), 421-430.
- Palleres, G. (2010). Resignificación socioespacial y construcción de subjetividad. Personas sin hogar en la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Cuhso*, 19(1), 95-104.
- Palleres, G. (2023). Delimitación conceptual y métodos de medición de la situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Cuestión Urbana*, 7(13), 47-61.
- Pelagagge, F. (2024). *Mis decisiones me trajeron acá*. [Tesis de Maestría no publicada]. Universidad Nacional de San Martín.
- Pérez Sans, P. (4-7 de julio de 2016). *Aportaciones desde el feminismo y la etnografía feminista a los análisis urbanos*. [Mesa redonda]. Congreso Internacional, Contested Cities, Madrid.
- Pombo, G. (2012). La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politización del género. *Revista Margen*, 66, 1-11. <https://www.margen.org/suscri/numero66.html>
- Pozzio, M. (2011). *Madres, mujeres y amantes. Usos y sentidos de género en la gestión cotidiana de las políticas de salud*. Antropofagia.

- Pozzio, M. (2021). La perspectiva de género y la salud comunitaria. En M. Silberman y I. Lois (comps.), *La salud comunitaria en debate* (pp. 155-166). Universidad Nacional San Jaureche.
- Quijano, A. (1999). Colonialidad del poder, cultura y conocimiento en América Latina. *Dispositio*, 24(51), 137-148.
- Radi, B. y Pérez, M. (2019). Injusticia epistémica en el ámbito de la salud: perspectivas desde la epistemología social. *Avatares Filosóficos*, (5), 117-130.
- Ramos-Lira, L., Saltijeral-Méndez, M., Romero-Mendoza, M., Caballero-Gutiérrez, M., Martínez-Vélez, N. (2001). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud pública de México*, 43(3), 182-191.
- Roca, P., Panadero, S., Rodríguez-Moreno, S., Martín, R., Vázquez, J. (2019). Puerta giratoria a la situación sin hogar. Influencia de la salud, consumo de alcohol y padecimiento de sucesos vitales estresantes en el número de episodios en la situación sin hogar. *Anales de psicología*, 35(2), 175-180.
- Rodríguez-Shadow, M. J. (2000). Intersecciones de raza, clase y género en Nuevo México. *Política y cultura*, (14), 109-131.
- Rojas Pedemonte, N. (2008). Más allá de las carencias: Tipologías de personas en situación de calle. *Revista Trabajo Social*, (75), 55-66.
- Rosa, P. (2012). Pobreza urbana y desigualdad: la asistencia habitacional a personas en situación de calle en la ciudad de Buenos Aires. En Bolívar, T. y Erazo Espinosa, J. (Coords.), *Dimensiones del hábitat popular latinoamericano* (pp. 295-310). FLACSO, Ecuador.
- Scheper-Hughes, N. (1997). *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Ariel.
- Sciortino, S. (2012). La etnografía en la construcción de una perspectiva de género situada. *Clepsydra*, (11), 41-58.

- Scott, J. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas (Comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 265-302). Programa Universitario de Estudio de Género.
- Segato, R. (2016). *La guerra contra las mujeres*. Traficantes de Sueños.
- Segato, R. (2019, 17 de julio). La violencia de género es la primera escuela de todas las otras formas de violencia. *La diaria feminismos*. <https://ladiaria.com.uy/feminismos/articulo/2019/7/rita-segato-la-violencia-de-genero-es-la-primer-escuela-de-todas-las-otras-formas-de-violencia/>
- Segato, R. (2019). Ningún patriarcón hará la revolución. Reflexiones sobre las relaciones entre capitalismo y patriarcado. En K. Gabbert y M. Lang (eds.) *¿Cómo se sostiene la vida en América Latina?: Feminismos y re-existencias en tiempos de oscuridad*. (pp. 33-49). Abya Yala.
- Segato, R. (2021). *La crítica de la colonialidad en ocho ensayos y una antropología por demanda*. Prometeo Libros.
- Setién, L. y Parga, J. (2018). Disciplinamientos y estrategias biopolíticas de control de los cuerpos de mujeres usuarias de sustancias psicoactivas. En *Horizontes en intervenciones sociales*. (pp. 77-100). Teseo. <https://www.teseopress.com/horizontes/>
- Tajer, D. (2009). *Heridos corazones: vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres*. Paidós.
- Tajer, D. (2012). *Género y salud. Las políticas en acción*. Lugar Editorial.
- Tamargo, M. (2021, 19 de noviembre). Transversalización del enfoque de igualdad entre los géneros. [Webconferencia]. En *Seminario PRIGEPP Planificación*. Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). <http://prigepp.org>
- Tarzibachi, E. (2017). *Cosa de mujeres. Menstruación, género y poder*. Sudamericana.
- Teordori, C. (2015). *A los saltos buscando el cielo: trayectorias de mujeres en situación de violencia familiar*. Biblos.

- Tortosa, P. (2020). *Mujeres en situación de calle: trayectorias de salud y de lucha*. TeseoPress.
- Valls-Llobet, C. (2022). Mujeres invisibles para la medicina. *Instituto de las Mujeres* 1(1), 11-17.
- Velázquez Torres, B. (2021). *El amor romántico. La erotización de la violencia patriarcal*. Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas. <https://doi.org/10.29043/CESMECA.rep.1025>
- Verea, C. (2004). “Malas madres”: la construcción social de la maternidad. *Debate feminista*, 30, 12-34.
- Viveros Vigoya, M. (2019, 5 de agosto). Los colores de las masculinidades. Una lectura en clave interseccional y situada. [Webconferencia]. En *Seminario PRIGEPP Interculturalidad*. Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). <http://prigepp.org>
- Viveros Vigoya, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate feminista*, 52, 1-17.
- Wacquant, L. (2001). *Parias urbanos. Marginalidad en la ciudad a comienzos del milenio*. Manantial.
- Zapata, L. (2005). *La mano que acaricia la pobreza. Etnografía del voluntariado católico*. Antropofagia-IDES.

Anexos

Anexo 1: Registros de la recorrida territorial de las ranchadas del Paredón del Hogar

Vejece

- Si entendíamos que en este momento de la vida hay una mayor dependencia del sistema sanitario, de apoyos y de redes de sostén, este no era el caso. Eran vejece solitarias, deterioradas, muriendo en SC. Se encontraban en extrema vulneración, con derechos básicos insatisfechos como lo eran la alimentación, el acceso a tratamientos de salud, medicación, el acceso a jubilaciones y/o pensiones por vejez, entre otras cuestiones.
- Turnos pendientes de atención de la salud y no encontrar respuestas. Por ejemplo, un hombre (71 años) nos comentó que previo a la pandemia se tenía que operar en el Servicio de Cirugía del Hospital Dr. Triste, ya que sus últimos estudios habían detectado “algo (en sus) riñones y no sé qué es”, no obstante, desde este Servicio aludieron que debido a la pandemia se habían generado enormes dificultades de organización y no sabían cuándo se iban a retomar con las intervenciones quirúrgicas programadas. Se había quedado sin medicación durante todo ese tiempo y no contaba con dinero para comprarla, por lo tanto, semanalmente la llevábamos. En esos meses lo vimos bajar mucho de peso, estaba muy afligido por no encontrar respuestas sobre su operación.
- Emergencias y riesgo de vida. Un día nos paran y nos dicen que un hombre (62 años) estaba mal desde la madrugada, que no paraba de vomitar sangre. Nos dijeron que se negó a ser llevado por sus amigxs al hospital y no querían llamar al 107 (línea de emergencias médicas) ya que afirmaban que la ambulancia no se acercaría a las ranchadas. Sabíamos que estaban en lo cierto, por ello, llamamos a nuestrxs jefes para que muevan los hilos necesarios de la trama hospitalaria y envíen al SAME (Sistema de Atención Médica de Emergencias del GCBA) lo antes posible ya que estábamos ante código rojo (peligro de muerte). Estuvo internado gran parte del verano, intentamos acompañarlo, acercar sus pertenencias, llevar noticias de su amigxs, algunos insumos básicos que nos solicitó, post-alta, se gestionó una vacante hacía un hogar de adultxs mayores. Finales de abril lo volvimos a encontrar de festejo por el cumpleaños de unx de sus amigxs en la ranchada. Nos comentó que en el hogar tenía una cama y accesos a algunos servicios como el aseo, aunque en todo momento nos hizo saber que no le gustaban las reglas de la institución. Había acordado salir durante el día a cartonear y volver siempre antes de las cinco de la tarde para no perder su cama. Reforzó la idea de tener y contar con dinero para satisfacer sus deseos, “básicamente para mi vinito, doctora”. De hecho, así lo encontramos, bebiendo. Si bien reímos bastante sobre la situación, con el tiempo comprendería por qué las personas como él sienten “que (...) perderse en la botella” es una práctica necesaria de supervivencia estando en SC.
- Mayormente en esta franja etaria se observa un atravesamiento de consumo problemático de alcohol.

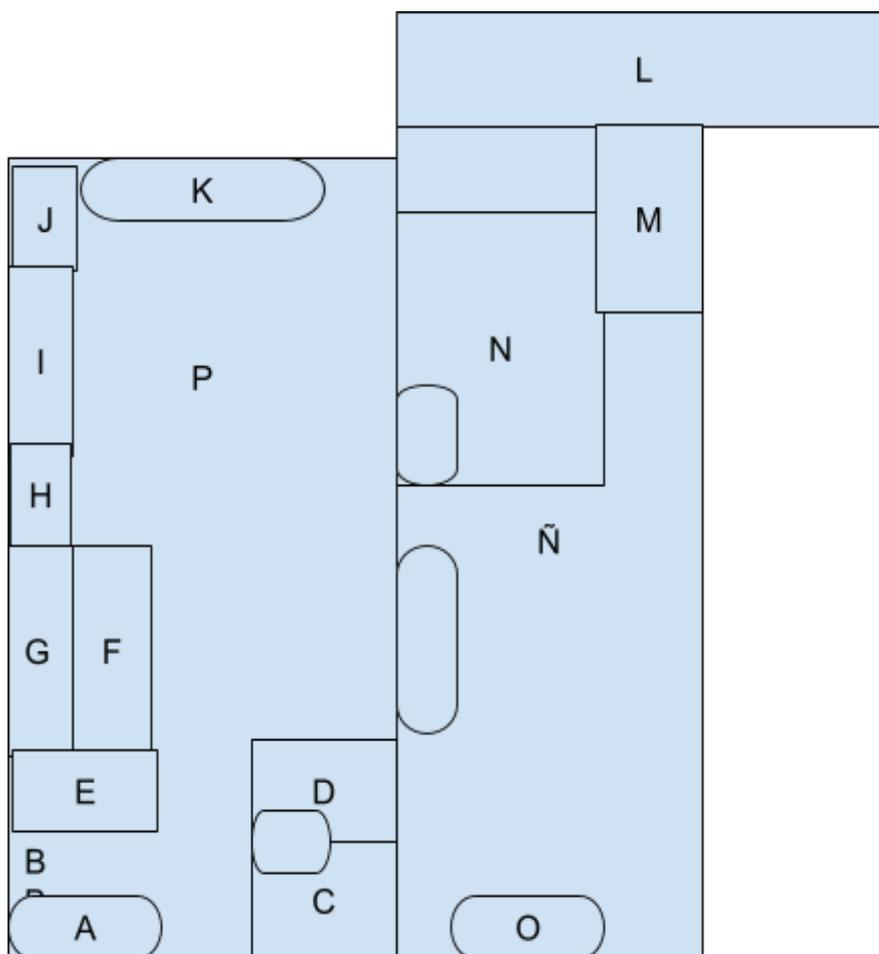
Niñxs:

- Una de las mayores preocupaciones estaba puesta en las infancias y la vulneración de sus derechos, y a sabiendas que no podríamos resolver la problemática de la vivienda, queríamos intentar que el acceso a otros recursos de algún modo sean accesibles.
- Muchxs no contaban con DNI y partida de nacimiento.
- Algunos registros de sus HCI daban cuenta de que varixs habían sido institucionalizadxs en hogares durante un tiempo.
- Falta de alimentación adecuada y controles de salud necesarios en esta franja etaria.
- Falta de acceso al sistema educativo, analfabetismo o interrupción debido a la pandemia. Lo que nos llevó a establecer reuniones con instituciones educativas de la zona, logrando que se acerquen a retomar vínculo con las familias y la posibilidad de retomar con los estudios. Si bien con algunxs se logró, con frecuencia durante nuestras recorridas, les veíamos jugar en el parque.

Mujeres:

- Diferentes formas de violencias de género.
- Falta de acceso a la atención de salud integral, particularmente de la salud sexual y reproductiva (SSy SR) que incluyen el acceso a métodos anticonceptivos (MAC).
- Múltiples embarazos que comenzaron a corta edad (12, 13, 14 años).
- Partos y abortos en el contexto de la calle.
- Consumo problemático de sustancias y alcohol.
- Problemas de SM.
- Diferentes estrategias de supervivencia para garantizar los alimentos de sus familias.

ANEXO 2: Configuración de la parroquia



- A: Entrada a la parroquia
 B: Galería
 C: Habitación donde trabaja SEDRONAR
 D: Sala que es utilizada como desayunador, para mirar la tele, dormir, entre otras cosas.
 E: Cocina
 F: Quincho
 G: Parrillas
 H: Lavadero
 I: Lavarropas
 J: Ducha 1
 K: Escaleras
 L: La canchita
 M: Ducha 2
 N: Casa de Cura
 Ñ: Iglesia
 O: Entrada a la Iglesia
 P: Patio



B: La galería



E: La cocina



P: El patio





L: La canchita



K: Escaleras

Consultorio: el mismo quedó ubicado en un primer piso, junto a la disensa y la ropería

