

Libros de **Cátedra**

# Intervenciones en el campo de la salud Reflexiones desde trabajo social

Mercedes Contreras, Clara Weber Suardiaz  
y Laura Zucherino (coordinadoras)

FACULTAD DE  
TRABAJO SOCIAL

**S**  
sociales

  
EDITORIAL DE LA UNLP



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE LA PLATA

# INTERVENCIONES EN EL CAMPO DE LA SALUD

## REFLEXIONES DESDE TRABAJO SOCIAL

Mercedes Contreras  
Clara Weber Suardiaz  
Laura Zucherino  
(coordinadoras)

Facultad de Trabajo Social



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE LA PLATA

  
EDITORIAL DE LA UNLP

Este libro saldrá a la luz luego de una pandemia que alcanzó niveles mundiales, a partir de marzo 2020. Los discursos hegemónicos acerca de lo biomédico se reforzaron desde los medios de comunicación, no obstante dejaron al descubierto la imposibilidad de pensar la salud para nuestros pueblos sólo desde esta óptica. Se situó algo que les trabajadores sociales ya sabíamos, que la salud es social o no es salud y que las salidas son colectivas, nadie se salva solo.

Es así que en primer lugar queremos dedicar esta humilde producción a todes aquellos que buscaron en construcciones colectivas y comunitarias, estrategias y buenas prácticas que permitieran a las personas acceder a su derecho a la salud. Por supuesto a todes aquellos que perdieron su vida en ello, a les trabajadores de la salud que estuvieron en la primera línea de atención, y a las mujeres, que a pesar de los avances de los feminismos, la pandemia volvió a recordarnos que somos nosotras las que sostenemos el trabajo de reproducción que permite sostener al mundo.

# Agradecimientos

Porque la trama del conocimiento se sostiene, se crea y recrea con personas y sus prácticas, queremos agradecer a todes que desde su lugar nos han ayudado a pensar que otra salud es posible: a las autoridades de la Facultad de Trabajo Social, que han facilitado que cada año pudiéramos dar el seminario optativo: “Intervenciones en el campo de la salud” a les estudiantes de grado; a todes les compañeres que han compartido nuestro paso por el sistema de residencias de la Provincia de Buenos Aires: espacio de resistencia y pensamiento para una salud integral y que nos enseñó a ser trabajadoras del campo de la salud. A nuestras compañeras/amigas de Trabajo Social IV, que a lo largo de los años no hacen más que enseñarnos e incentivarnos a aprender. A cada uno de les estudiantes que ha asistido a los seminarios de salud que hemos dado, que nos imponen un desafío y las ganas de compartir lo que sabemos de salud. Intentamos hacer esta producción, a modo de devolver la formación que el sistema universitario público y el sistema de salud público nos ha brindado. No fue tarea fácil, tuvimos que hacer una pausa de nuestra tarea cotidiana, de esas instituciones sanitarias eternamente en crisis. Este trabajo escrito tiene una dimensión metodológica, intelectual y política que aspira a que podamos pensar juntas, esperamos haberlo logrado.

*La enfermedad es el lado nocturno de la vida, una ciudadanía más cara. A todos, al nacer, nos otorgan una doble ciudadanía, la del reino de los sanos y la del reino de los enfermos. Y aunque preferimos usar el pasaporte bueno, tarde o temprano cada uno de nosotros se ve obligado a identificarse, al menos por un tiempo, como ciudadano de aquel otro lugar.*

Susan Sontag, LA ENFERMEDAD Y SUS METÁFORAS

# Índice

<b>Introducción</b>	8
<b>Capítulo 1</b>	
Campo de la salud y transfeminismos	12
<i>Marina Cabral, Mercedes Contreras, Clara Weber Suardiaz y Laura Zucherino</i>	
<b>Capítulo 2</b>	
Legitimidad profesional del Trabajo Social y disputas históricas en el campo de la salud	25
<i>Mercedes Contreras</i>	
<b>Capítulo 3</b>	
Feminismos y salud. Aportes para pensar las intersecciones raza, clase, género	36
<i>Marina Cabral</i>	
<b>Capítulo 4</b>	
Prácticas contrahegemónicas en salud, vida cotidiana y política de Estado: la coyuntura del cannabis terapéutico	49
<i>Federico Pellagatti y Clara Weber Suardiaz</i>	
<b>Capítulo 5</b>	
Entre la afectividad y el mandato social. El cuidado de familiares en personas privadas de libertad	60
<i>Natalia Rocchetti</i>	
<b>Capítulo 6</b>	
Pensando maternidades y abortos desde una lógica de cuidado feminista	67
<i>Mercedes Contreras, María Belén Garay y Nair Schlegel</i>	

## **Capítulo 7**

Modernización y politización del campo de la salud mental en la década  
del 60 y 70 en Argentina. El porvenir de una batalla \_\_\_\_\_ 81  
*Clara Weber Suardiaz*

## **Capítulo 8**

Intentos de Suicidio y Conductas Autolesivas en Niños, Niñas y Adolescentes.  
Aproximaciones para un abordaje interdisciplinario \_\_\_\_\_ 94  
*Marina Cabral, Luisina Corrales y Martina Iribarne*

## **Capítulo 9**

Palabras en rueda. Experiencias lectoras en salud. Taller Bibliotequeando \_\_\_\_\_ 102  
*María Laura Andreoni*

**Las autoras** \_\_\_\_\_ 112

# Introducción

## **El campo de la salud en la actualidad. Debates históricos y desafíos pendientes**

Este libro de cátedra se inscribe en la producción de la propuesta pedagógica del seminario de grado: “Intervenciones en el campo de la salud: debates para el Trabajo Social” y la propuesta pedagógica de Trabajo Social IV/ FTS UNLP. La misma se configura a partir de tres ejes: uno de carácter transversal, vinculado a la reflexión acerca de la estructuración del campo profesional en salud; y dos horizontales articulados entre sí que implican la salud como construcción colectiva y las discusiones contemporáneas en dicho campo.

A su vez, esta propuesta retoma la experiencia del dictado de este Seminario en el año 2019, y en dos oportunidades en 2020, así como la trayectoria docente en el ámbito de la facultad en la asignatura Trabajo Social IV, en el dictado de los Seminarios “Salud Mental y Trabajo Social” y “La intervención del Trabajo Social en la promoción, protección y restitución de derechos de niñas y jóvenes”; así como las experiencias de formación y trabajo de las docentes en el campo de la salud en diversos dispositivos asistenciales.

El desarrollo teórico temático de nuestro seminario y asignaturas reconoce como punto de partida, que los procesos sociales y la producción de subjetividades adquieren rasgos particulares en este momento histórico. Es decir, una determinada forma de existir del capitalismo reconfigura el campo de la salud, estableciendo nuevas discusiones y desafíos a la intervención del trabajo social junto a otros/as.

En este sentido queremos rescatar los debates actuales que discuten con el modelo tradicional de pensar la salud y sus prácticas hegemónicas, abriéndose paso las discusiones feministas, de la autodeterminación, el trabajo interdisciplinario, las prácticas alternativas en salud, la autonomía de los cuerpos, que a su vez permiten profundizar discusiones contemporáneas de las ciencias sociales. Nos planteamos recuperar las discusiones acerca de la cuestión sanitaria argentina, las transformaciones de las actuales políticas públicas en salud y sus aristas fundamentales. Debates acerca del aborto, infancias, salud mental, cannabis medicinal, diversidades y violencias, entre otros, han marcado un trazo en el campo de la salud y han generado nuevas experiencias de trabajo y atención que pretendemos recuperar en esta publicación.

En el marco de los procesos de sanción de nuevos marcos jurídicos específicos tanto a nivel nacional como provincial, se analizará la vinculación entre el discurso médico y el discurso



jurídico, en tanto se considera dicha vinculación como estructurante del campo de la salud. Las nuevas legislaciones producidas en la mayoría de los casos por la movilización colectiva y lucha de distintos movimientos, nos plantea un horizonte esperanzador y más inclusivo y obliga a los profesionales de salud a incorporarlos en sus prácticas.

La sanción de Leyes con perspectiva de derecho en los últimos años como ser la Ley de Identidad de Género (26.743), la Ley de Salud Mental y adicciones (26.657), la Ley de derechos del paciente (26.529), Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (27.610) entre otras, nos obliga a conocer estos marcos a fin de poder incorporarlos a nuestras estrategias profesionales. Delimitan un momento histórico donde se nos convoca a pensar la(s) problemática(s) más allá de las instituciones sanitarias; siendo necesario problematizar las categorías de intersectorialidad, interdisciplina e integralidad a fin de reconfigurar nuestras prácticas profesionales. En ese aspecto se intentará compartir los debates actuales y su incidencia en las configuraciones contemporáneas del campo.

Históricamente, el campo de la salud ha sido un espacio privilegiado para el ejercicio profesional del Trabajo Social. Sin embargo, ese ejercicio ha sido fuertemente condicionado por la hegemonía biomédica en los abordajes, favoreciendo procesos de subalternización disciplinar.

El aumento y la agudización de las problemáticas sociales en los últimos años han complejizado las demandas de atención en salud. La dimensión social se presenta con mayor fuerza y resulta ineludible en el abordaje de los equipos de salud. Esta situación plantea un redireccionamiento del trabajo asistencial tradicional. Hoy muchos equipos de profesionales comienzan a identificar que “lo social” no es un área de competencia exclusiva del Trabajo Social, y el trabajo interdisciplinario se propone como la modalidad de abordaje más pertinente. En este sentido, interesa problematizar con los lectores las implicancias, alcances y limitaciones de la interdisciplina y sus múltiples acepciones, en un contexto institucional caracterizado por el funcionamiento burocrático y la fragmentación.

Desde este punto de partida y reconociendo los aportes de los transfeminismos presentamos una propuesta de textos que reconoce su potencia para abordar dos dimensiones articuladas para la intervención social en este campo. Por un lado explorar las exclusiones, prácticas y tratamientos y servicios instituidos e instituyentes hacia las mujeres y las personas de las disidencias sexo - genéricas. A su vez, la potencia de los aportes transfeministas para interrogar la dimensión estructural del campo de la salud materializada en lógicas hetero cis normativas sobre cuerpos y sexualidades en clave reproductiva; capacitistas y rehabilitadoras de funcionalidades requeridas para la producción; y androcéntricas en lo relativo a la producción de conocimiento, la gestión organizacional y la expropiación de autonomías y del valor del cuidado como estructurantes de las prácticas sanitarias.

En el contexto actual, el campo de la salud transita las consecuencias y particularidades del contexto post pandemia, que ha dejado nuevos desafíos y emergentes invisibilizados del propio campo. Las estrategias sanitarias llevadas adelante por el Estado, los profesionales y los actores sociales que participan de esta construcción han mostrado por un lado la debilidad de nuestro sistema de salud, y al mismo tiempo que es posible reinventar nuestras prácticas al compás de

los acontecimientos y construir otra Salud posible. Como docentes, nos interpela la necesidad de formar profesionales capaces de reflexionar, problematizar y construir intervenciones que consideren el contexto de emergencia sanitaria atravesado, y que sean críticas y propositivas.

El objetivo del libro se centrará a través de sus capítulos en contribuir al proceso de discusiones novedosas sobre el campo de la salud, rescatar experiencias alternativas que intentan dar otro marco a la salud desde una perspectiva integral que rechaza un abordaje simplificador y biologicista. Desde esta lectura, ofreceremos algunas reflexiones teórico- metodológicas para poder ampliar y profundizar sobre las prácticas profesionales en el ámbito sanitario.

En el Capítulo 1 "Campo de la salud y transfeminismos" proponemos analizar e interpelar el campo y sus instituciones desde la tensión de la heterocisnormatividad-capacitismo- productivismo- androcentrismo, la expropiación del deseo frente la autonomía, el cuidado y los derechos como ejes centrales.

El Capítulo 2 "Legitimidad profesional del Trabajo Social y disputas históricas en el campo de la salud" se centra en situar históricamente cuáles han sido los grandes debates que han influenciado las condiciones del ejercicio profesional del Trabajo Social en el campo de la salud; a partir de la categoría de legitimidad y las potencialidades que presenta la incorporación de ciertas dimensiones vinculadas a lo jurídico y al feminismo a los argumentos de intervención.

En el Capítulo 3 "Feminismos y salud. Aportes para pensar las intersecciones raza, clase, género", se realiza un breve recorrido sobre el movimiento feminista y sus vinculaciones con el campo de la salud. Se propone un análisis acerca de los aportes del feminismo descolonial y las teorías queer para superar la construcción universal del sujeto mujer y abordar la intersección de las dimensiones de raza, clase, etnia y géneros.

El Capítulo 4 "Prácticas contrahegemónicas en salud, vida cotidiana y política de Estado: la coyuntura del cannabis terapéutico" introduce un recorrido analítico sobre las prácticas del cannabis terapéutico en clave de práctica contrahegemónica a partir del trabajo de los autores con distintas organizaciones de cannabis terapéutico, usuaria/os y desarrollos de proyectos de extensión de la Universidad de La Plata.

En el Capítulo 5 "Entre la afectividad y el mandato social. El cuidado de familiares en personas privadas de libertad" se indaga sobre las estrategias que despliegan detenidos/as en unidades penitenciarias y familiares de los mismos para lograr el acceso a la atención sanitaria; a partir de dos ejes de análisis centrales: la tarea de reproducción del cuidado de las mujeres que acompañan a personas privadas de libertad y, por otro, considerar cómo ese lugar puede no sólo ser de víctima sino también de lucha y apuestas por la transformación.

El Capítulo 6 "Pensando maternidades y abortos desde una lógica de cuidado feminista" problematiza acerca de las intervenciones del sistema de salud en relación al acompañamiento de las maternidades y los abortos. Estas reflexiones son puentes para seguir repensando colectivamente acerca de la intervención profesional en el ámbito de la salud, intentando desnaturalizar prácticas que reproduzcan mandatos y violencias.

En el Capítulo 7 "Modernización y politización del campo de la salud mental en la década del 60 y 70 en Argentina. El porvenir de una batalla" se recupera algunas de las discusiones

centrales que se dieron en el campo de la salud mental en nuestro país, durante la década del 60 y 70. A partir del análisis de fuentes escritas se recuperan aportes analíticos y empíricos para abordar problemáticas centrales que se evidencian actuales y necesarias para volver a pensar el sistema sanitario.

El Capítulo 8 “Intentos de Suicidio y Conductas Autolesivas en Niños, Niñas y Adolescentes. Aproximaciones para un abordaje interdisciplinario” indaga acerca del abordaje de las situaciones de intento de suicidio y conductas autolesivas, en el marco de la experiencia de trabajo desarrollada por las autoras en un Hospital pediátrico de la Provincia de Buenos Aires.

Por último, el Capítulo 9 “Palabras en rueda. Experiencias lectoras en salud. Taller Bibliotequeando” recupera la experiencia desarrollada en el taller de Lectura Bibliotequeando del Centro de Día Pichón Riviere, uno de los centros de salud mental comunitaria que forma parte del Servicio de Externación del Hospital Dr. Alejandro Korn.

# CAPÍTULO 1

## Campo de la salud y transfeminismos

*Marina Cabral, Mercedes Contreras, Clara Weber Suardiaz  
y Laura Zucherino*

### Introducción

La esperanza no apunta solo o siempre hacia el futuro,  
sino que nos ayuda a seguir adelante cuando el terreno es difícil,  
cuando el camino por el que vamos nos hace más complicado avanzar.  
La esperanza nos apoya cuando tenemos que trabajar  
para que algo sea posible.

Sara Ahmed, *VIVIR UNA VIDA FEMINISTA*

Con este material queremos compartir con ustedes algunas ideas que permiten analizar el campo de la salud desde una posición transfeminista.

Para iniciar, queremos remarcar que la perspectiva transfeminista no se agota en los abordajes y la accesibilidad en torno a 1) las personas de las disidencias sexo genéricas y 2) las prácticas sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, sino que es un planteo más amplio que permite un cuestionamiento y análisis pormenorizado para transformar cualquier práctica sanitaria.

Esta postura epistemológica, entonces, incluye la producción de conocimiento, la epidemiología, la organización de un sistema, las relaciones laborales y el valor que se le da a algunas prácticas y dispositivos por sobre otros, el tratamiento que reciben las mujeres, las diversidades y los varones en el campo de la salud. La mirada transfeminista tiene que ver con la potencia que nos permite interpelar el campo y sus instituciones desde la tensión de la heterocisnormatividad-capacitismo- productivismo- androcentrismo<sup>1</sup>, la expropiación del deseo frente la autonomía, el cuidado y los derechos como ejes centrales.

---

<sup>1</sup> Para estos conceptos retomamos los planteos de Moira Perez, quien explica que los procesos en salud generalmente se asientan en la reducción al cuerpo, una reducción a una parte muy específica del cuerpo que se identifica como "deficiente", "anormal" o necesitada de corrección. (Como ser la capacidad motriz, la talla, la forma de vivir, el género, etc.). En el campo de la salud el modelo médico hegemónico prepondera ese aspecto hiperbolizado del cuerpo de las

Este texto abordará la conformación del proceso de salud- enfermedad- atención- cuidado ligado al Modelo Médico Hegemónico, incluyendo las principales problemáticas del campo: medicalización, mercantilización, patologización-normalización, cuidados. Así como los aportes de las perspectivas transfeministas para pensar el campo de la salud también influenciado / condicionado por el patriarcado como sistema de opresión, en especial respecto de los cuerpos, los deseos, la autonomía y la soberanía en salud.

**Figura 1.1**



*Nota: Imagen extraída de Pixabay. (<https://pixabay.com/es/>)*

El recorrido de este texto introductorio supone entonces:

- 1) Identificar las características principales del campo de la salud.
- 2) Contribuir al fortalecimiento de competencias para la intervención crítica en el campo de la salud, mediante la recuperación de aportes teóricos, epistémicos y experienciales propuestos por las teorías transfeministas.

## Campo de la salud

Lejos, lejos de casa  
No tengo nadie que me acompañe  
a ver la mañana  
Ni que me dé la inyección a tiempo  
Antes que se me pudra el corazón  
Ni calienten estos huesos fríos, nena

Charly García, EITI LEDA

---

sujetos, donde se articula la hipercorporización con la patologización y el trabajo de “corrección” de los cuerpos para llevarlos nuevamente al terreno de lo “saludable” a fin de alcanzar la normalización. (Perez, M. 2019, p. 32)

Una primer premisa de la que partimos es el reconocimiento del carácter complejo del campo de la salud producto de la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales (Spinelli 2010, p. 276). Así como de su determinación sociohistórica que impacta en la configuración de saberes y prácticas articulados a los procesos de salud, enfermedad y atención - cuidado. El concepto de proceso salud-enfermedad-atención fue desarrollado inicialmente por el antropólogo argentino, Eduardo Menéndez y luego se incluyó la noción de cuidados. El mismo se refiere a:

El proceso salud/enfermedad/atención, así como sus significaciones, se ha desarrollado dentro de un proceso histórico en el cual se construyen las causas específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos (significados) respecto de los mismos. Este proceso histórico está caracterizado por las relaciones de hegemonía/subalternidad que opera entre los sectores sociales que entran en relación en una sociedad determinada, incluidos sus saberes técnicos. (Menéndez, 2005, p. 2)

Para comprender la complejidad del concepto de campo tomamos los aportes de Pierre Bourdieu, quien plantea al campo como un espacio social estructurado de posiciones opuestas e interacciones objetivas centradas en la producción, distribución y apropiación de un capital común y específico. Los agentes que constituyen el campo poseen intereses específicos y comunes, que luchan dentro del mismo por la apropiación del capital, bajo reglas específicas. Es decir el campo de la salud se estructura a partir de las luchas de los diferentes actores definidos por diversos intereses muchas veces contradictorios: corporaciones médicas y profesionales, laboratorios, usuarios, políticas públicas, poder judicial, entre otras. Esta perspectiva es relacional y dinámica, donde hay límites y estructuras las cuales no son estáticas sino que se van configurando históricamente.

Hasta aquí y con la definición de campo que compartimos ¿Podés ubicar algunos elementos del campo de la salud actual? ¿Qué se disputa? ¿Cuáles son los actores principales? La noción de campo nos permite interrogar los momentos históricos específicos para caracterizarlos en profundidad.

Una segunda premisa es considerar a la salud como un derecho humano. Esto quiere decir que la misma es reconocida como tal en los corpus legales e internacionales. Asimismo, configura marcos de interpretación y de obligación hacia los estados. Su inscripción en la agenda pública - estatal requiere acciones positivas en materia de políticas públicas efectivas e integrales que incidan y transformen los accesos a la salud de las personas. En cuanto a su comprensión, desde la Declaración de ALMA ATA (1978) y la Carta de Ottawa (OMS, 1986) se insiste en que la salud se constituye como un producto social en la medida en que es un resultante y depende de esas acciones que realizan (a favor o en contra) los diversos actores sociales y políticos que intervienen sobre las condiciones de vida de las poblaciones. Es decir que los procesos de salud-enfermedad- atención- cuidado son dinámicos y relacionales.

En continuidad con estas reflexiones, se entiende que sustentar las intervenciones socio-profesionales desde la perspectiva de derechos humanos, implica ofrecer condiciones de protección y acogida de todas aquellas personas que, por diversas razones, son objeto de discriminación, segregación y exclusión que lejos de favorecer su dignidad precarizan su vida. En esta dirección resulta indispensable cuestionar y remover las fronteras -barreras- lingüísticas, territoriales, étnicas, sociales, económicas y políticas. Es decir, es importante que las intervenciones socio-profesionales se funden en un análisis y argumento situacional e interseccional, que atiendan y se direccionen por la particularidad de los padecimientos y vulneraciones de derechos, no de forma universal ni homogeneizante.

Los principales problemas que acarrea la perspectiva hegemónica son: a) basar las intervenciones sobre los estereotipos vinculados a la capacidad/discapacidad; b) a pesar de los avances en legislaciones basadas en perspectiva de derechos aún existe una deuda al acceso a los derechos sexuales y reproductivos; c) la exposición e invisibilización de situaciones de violencia a las que son sometidas las personas consideradas diferentes, incluso en los medios institucionales que deberían cuidarlas; d) la no decisión sobre los propios cuerpos y la imposibilidad de retomar sus propias narrativas para pensar intervenciones situadas.

Es decir, se impone una praxis que trascienda el límite de lo jurídico y de la ética humanista que los funda de forma incondicional, para avanzar en una deconstrucción siempre en movimiento, interpelada por los acontecimientos y las formas de subjetivación contemporáneas frente a los diversos padecimientos, de esto se trata pensar intervenciones situadas.

Para concluir este apartado, también introducimos la noción de modelo médico hegemónico como constructo que estructura el campo de la salud y que veremos que colisiona con los planteos transfeministas. Si bien este es un concepto medianamente conocido, suele interpretarse de manera simplificada. Veamos algunas de sus elementos principales: biologismo, individualismo, a-historicidad, a-sociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, exclusión del saber del paciente. (Menendez, 2005)

Tiene cuatro funciones básicas: a) curativo/preventiva, b) normatizadora, c) de control y d) de legitimación. La función curativo/preventiva es reconocida por el saber médico y por los conjuntos sociales como la única función biomédica, ya que es la más frecuente y con la cual se identifica la práctica médica.

El resto de las funciones deberían operar a través de la curación y de la prevención. Las funciones de normatización y de control forman parte del trabajo con les “pacientes”, el establecimiento de un diagnóstico y la aplicación de medidas preventivas normatizan y controlan comportamientos.

La función, de la legitimación, se constituye en un proceso ideológico que se basa en la aplicación de políticas, recursos y actividades gestionadas desde el Estado a través de los servicios de salud y a la adquisición de medicamentos. Es decir, por un lado sostiene al sistema de salud pero a su vez toda una serie de actividades de atención a los padecimientos es negada, ignorada y/o marginada, pese a ser frecuentemente utilizada por diferentes sectores de la población.

Esta estructuración del modelo médico hegemónico posibilita la exclusión o secundarización de lo político e ideológico de las problemáticas de salud/enfermedad. En este marco, tomar los conceptos de proceso de salud-enfermedad-cuidado y modelo médico hegemónico nos permite entender que:

- Tanto los padecimientos como las respuestas hacia los mismos generan representaciones y prácticas y estructuran saberes.
- Reconocimiento de los sujetos y los grupos sociales como productores de sentido en dicho proceso.
- Esta perspectiva se opone a pensar a los sujetos como entes pasivos y consumidores de los servicios de salud.

## Debates de los transfeminismos en el campo de la salud

Tu dolor es amor transformándose en mundo,  
todo lo de buscar ya fue encontrado,  
creciendo vengo desde antiguo informe  
y una caja es mi cuerpo donde el dolor no cesa.

Miguel Abuelo

Desde este marco, se propone fortalecer las lecturas críticas sobre el campo sanitario, tradicionalmente estructuradas mediante las categorías de modelo médico hegemónico y determinantes sociales de la salud, promoviendo la apropiación de saberes y experiencias transfeministas. Ahora bien, como ya hemos señalado en el apartado anterior, es importante incorporar la noción de campo de disputas y correlación de fuerzas presentes en salud y también en el campo de los feminismos y diversidades, que hacen que no exista una sola definición. En este sentido estamos en presencia de un concepto polisémico que en realidad se convierte en un prisma teórico metodológico para analizar las situaciones. Examinemos algunas de las cuestiones planteadas por los autores:

*Nosotros hablamos otra lengua. Ellos dicen representación. Nosotros decimos experimentación. Dicen identidad. Decimos multitud. Dicen lengua nacional. Decimos traducción multicódigo. Dicen domesticar la periferia. Decimos mestizar el centro. Dicen deuda. Decimos cooperación sexual e interdependencia somática. Dicen desahucio. Decimos habitemos lo común. Dicen capital humano. Decimos alianza multiespecies. Dicen diagnóstico clínico. Decimos capacitación colectiva. Dicen disforia, trastorno, síndrome, incongruencia, deficiencia, minusvalía. Decimos disidencia corporal. Un tecnochamán de la Pocha Nostra vale más que un psiconegociante neolacanicano y un fisting contrasexual de Post-Op es mejor que una vaginoplastia de protocolo. Dicen autonomía o tutela. Decimos agencia relacional y distribuida. Dicen ingeniería social. Decimos pedagogía radical. Dicen detección temprana, terapia genética, mejora de la especie. Decimos mutación molecular anarcolibertaria. Dicen derechos*



*humanos. Decimos la tierra y todas las especies que la habitan tienen también derechos.* (Paul Preciado, 2013, p. 10)

Aquí vemos, que lo transfeminista implica descentrarnos de algunos conceptos tradicionales para pensar los procesos sociales. Comprendemos los aportes transfeministas como resultantes de los procesos políticos que se encarnan en movimientos y organizaciones de mujeres y disidencias; articuladas también al desarrollo de una matriz teórica, ético - política y metodológica para hacer frente a la denuncia y transformación de las desigualdades y violencias producto de la vigencia de ordenamientos hetero cis patriarcales. Estos desarrollos se caracterizan por su construcción dialógica y en tensión con otros movimientos progresistas y con el pensamiento social crítico. En tanto proceso abierto, el mismo comprende y es revisado por distintos desarrollos situados que se fortalecen ante la discusión sobre “le sujeto del feminismo, la producción de conocimiento, las reivindicaciones que estructuran sus agendas y las estrategias”, para subvertir el orden de opresión y desigualdad estructurado a partir del entronque capitalismo – patriarcado - colonia.

Desde este punto reconocemos su potencia para abordar tres dimensiones articuladas para la intervención social en el campo de la salud.

- 1) Por un lado explorar las exclusiones, prácticas y tratamientos y servicios instituidos e instituyentes hacia las mujeres y las personas de las disidencias sexo – géricas. Aquí si bien contamos en nuestro país con diversas legislaciones que apuntan a los derechos de las mujeres y diversidades, debemos reconocer que en el plano de la salud integral, los obstáculos con los que se encuentran las mismas aún son numerosos. Las nuevas legislaciones producidas en la mayoría de los casos por la movilización colectiva y la lucha de distintos movimientos, nos plantea un horizonte esperanzador y más inclusivo y obliga a les profesionales de la salud a incorporarlos en sus prácticas. No obstante hay muchas dificultades para establecer estas perspectivas, que escapan de la previsibilidad del control médico y del orden judicial y por supuesto societal. La respuesta más previsible ante estos cambios son la patologización y medicalización de lo diferente, que se agrava cuando se trata de los sectores más pobres de la población, que hacen uso del sistema público de salud. De allí la urgencia de poder trabajar en este eje de accesibilidad para estos colectivos. Otro de los mayores obstáculos es la atención fragmentada por "servicios" hacia la población no cis que complejiza su acceso y cuidado de su salud en forma integral y que eso se agudiza, por ejemplo, cuando se encuentran bajo tratamientos hormonales.
- 2) Lo hegemónico se caracteriza por la invisibilización para funcionar y es lo que estructura nuestro sistema de salud. Un ejemplo de ello puede pensarse en relación con el control prenatal y la maternidad que son abordados en general desde una perspectiva cis. Las personas que no tienen hijos en general quedan fuera del radar de la prevención de cáncer de cuello de útero o de mama, el VIH se controla más por el control prenatal que por una política que incluya a todas las poblaciones,

expresiones y orientaciones sexo genéricas. Los varones cis<sup>2</sup>, que no van a la consulta sexual o prenatal y son siempre los que llegan más tarde en relación con los temas de salud. Son algunos de los ejemplos de cómo se piensa la salud desde un sistema heteropatriarcal. (Pecheny , 2021)

- 3) Asimismo, las perspectivas transfeministas se constituyen entonces en un motor de pluralismo para el campo de la salud ya que las voces trans aportan vivencias específicas. La propuesta de pensar una salud transfeminista apunta a incidir en les profesionales de la salud, posibilitando la capacidad de problematizar la forma en la cual las subjetividades trans son abordadas por las experticias psi y los saberes biomédicos.

Esta perspectiva incluye lo interseccional, lo transdisciplinar y la necesidad de abordajes situados y relacionales como tres elementos que permiten complejizar e incorporar a lecturas diferentes no solo sobre la (in) accesibilidad de las personas trans y disidentes, sino también interrogar la producción de prácticas en salud en general promoviendo la (trans)versalización de una perspectiva crítica de género para repensar los dispositivos sanitarios y transformar su funcionalidad con la manutención de desigualdades y violencias. Acordamos junto con Dora Barrancos que la cuestión de la autonomía es uno de los estatutos básicos de salud, por esta razón el fenómeno de la violencia atraviesa los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado y debe ser abordado en esta clave.

¿O es extraña a la salud la violencia que padecen las mujeres y les diverses? Los padecimientos, las humillaciones y las exclusiones debidos a las marcas de género se traducen como fenómenos al menos contra sanitarios. Agréguese que la marca patriarcal de la medicina apenas se ha atenuado y que sus concepciones asisten casi sin fisuras al fórceps antiemancipatorio (2019, p. 8)

**Figura 1.2**



*Nota: Imagen extraída de Pixabay. (<https://pixabay.com/es/>)*

---

<sup>2</sup> “La atención en la salud está genéricamente construida desde hace décadas y siglos. Y los efectos percuten hasta en los privilegiados, los varones blancos, heterosexuales y adultos se mueren más jóvenes no en relación con la población travesti- trans, pero sí en relación con las mujeres. Y no es sólo por razones biológicas sino también por razones sociales (tipos de riesgo, tipos sociales, tipos de stress, tipos de violencia, etc.)” (Pecheny, 2021:28)

¿Qué quiere decir que el modelo médico tiene una perspectiva patriarcal y colonialista? Significa que configura limitaciones a la hora de pensar la diversidad en el campo de la salud y no recupera los arreglos que hacen las propias poblaciones para generar bienestar. En relación a esto, los feminismos antirracistas, feminismos negros (EEUU), feminismos indígenas, anticolonialistas y latinoamericanos plantean una preocupación por la dominación colonial persistente y han permitido identificar realidades concretas en las que diversas opresiones toman jerarquías distintas. Por ejemplo, visualizar que mujeres racializadas, lesbianas, pobres, pueden ser objeto de lo que podríamos mencionar como una doble medicalización, no solo por su condición de género sino también por su sexualidad, clase y/o raza. Los aportes y contrapuntos mencionados hasta aquí señalan la necesidad de ampliar los análisis sobre las condiciones de vida de las mujeres que afectan su salud mental, estableciendo diálogos entre los distintos elementos que constituyen la posición social y las experiencias cotidianas de los sujetos en una sociedad. En este sentido, reflexionar sobre la interseccionalidad de las opresiones permite evitar ciertas universalizaciones que ocultan el modo en que los distintos dispositivos de poder que producen desigualdades. (Amigot Leache, P y Pujal i Llombart, M., 2009)

Realizamos un subrayado que queríamos realizar sobre salud mental y perspectiva de género, podemos comenzar diciendo que a las mujeres con diagnóstico de discapacidad o padecimiento subjetivo severo, se entiende a priori que no pueden ejercer funciones de cuidado y no se les brindan los apoyos que pudieran requerir para ejercer ese rol. Incluso en muchos casos, se las separa de sus hijes con un criterio de peligrosidad sin pensar en otras apoyaturas posibles.

En el caso de las personas trans dentro del paradigma heteropatriarcal, también encarnan la figura depositaria del mandato del cuidado, cuando no son excluidas de sus familias y dependen del cuidado comunitario de sus pares. (Tajer, 2020)

Esta reticencia a reconocer el elemento cultural de nuestras nociones sobre la (dis)capacidad, incluso dentro del ámbito académico, está entre las principales diferencias respecto del sistema de heterosexualidad compulsiva, uno de los puntos nodales de la teoría queer: La identidad capacitada es, en este punto, incluso más naturalizada que la identidad heterosexual. Al menos, muchas personas que no simpatizan con la Teoría Queer concederán que las formas de ser heterosexual son producidas culturalmente y culturalmente variables, incluso si y cuando entienden a la identidad heterosexual como algo completamente natural. No puede decirse lo mismo, en términos generales, de la identidad capacitada (Perez, Moira, 2019, p. 40)

**Figura 1.3**



*Nota: Ilustración de Marisa Cuello. (<https://elresaltador.com.ar/derribar-el-capacitismo-en-la-politica-desde-los-feminismos/>)*

En este punto se homologan las trayectorias de las mujeres con padecimiento mental, consumo problemático y en situación de discapacidad (física/mental), a pesar de tratarse de cuestiones diferentes que no obstante pueden entrecruzarse. Lo que las une desde el campo de la salud más tradicional, es el proyecto capacitista, el cual plantea que quienes no pueden cumplir con el atributo de la capacidad normativa, serán considerados enfermos, discapacitados, negando la diversidad y sin hacer foco en lo que sí pueden hacer. El proyecto capacitista entonces se posiciona desde el lugar de que aquello que no cuadre en la normalidad, se debe intentar capacitar, arreglar o curar. (Kumari Campbell, Fiona, 2015)

Moira Pérez, también nos plantea en esta dirección que en el caso de la capacidad/discapacidad es difícil que las personas reconozcan que el cuerpo (“capacitado” o “discapacitado”) tiene elementos que no son “naturales” o “biológicos”, sino culturales.

También desde la perspectiva *queer*, esta autora advierte que el concepto de salud en sí mismo, ha funcionado históricamente como instrumento legitimado para el ejercicio de la violencia sobre ciertas corporalidades consideradas como “anormales” (2019, p. 32), desde distintos procesos particulares como la hipercorporización (la reducción de su existencia a un aspecto de su cuerpo), la reducción de la noción de salud a la dicotomía “sano-enfermo”, la consideración de los padecimientos a algo pasajero y obligatoriedad de la aspiración a la salud o bienestar como parte de las responsabilidades individuales. Este ángulo de visibilidad propuesto permite reconocer otros aspectos sumamente invisibilizados desde la “autoridad epistémica” del modelo médico hegemónico en términos de transversalidad: no se trata de pensar una salud específica para los colectivos estigmatizados y discriminados, sino de reconocer los aportes epistemológicos que las perspectivas transfeministas ofrecen para pensar el campo.

Por tanto hacemos referencia a la potencia de los aportes transfeministas para interrogar la dimensión estructural del campo de la salud materializada en lógicas hetero cis normativas sobre cuerpos y sexualidades en clave reproductiva; capacitistas y rehabilitadoras de funcionalidades requeridas para la producción; y androcéntricas en lo relativo a la producción de conocimiento,

la gestión organizacional y la expropiación de autonomías y del valor del cuidado como estructurantes de las prácticas sanitarias.

## Una salud transfeminista

y sin embargo yo quiero a ese pueblo  
porque mi incita a la rebelión  
y porque me da infinito deseos  
de contestarles y de cantarles  
mi novedad, mi novedad

Miguel Cantilo, YO VIVO EN UNA CIUDAD

La salud transfeminista desde estas premisas nos propone abrir espacios y campos discursivos a todas aquellas prácticas y sujetos que quedan fuera de lo hegemónico y criticar la reconversión neoliberal de los postulados críticos de los feminismos, reconversión que hoy conocemos como políticas de género biologicistas o políticas de cis-mujeres, que no cuestionan los nudos críticos de las desigualdades trabajadas en este texto. Retomamos el siguiente planteo:

Por este motivo, el transfeminismo tiene como principal objetivo repolitizar y des-esencializar a los movimientos feministas g-locales, en contraofensiva al discurso gubernamental y de las ONGs que capturan y estandarizan el lenguaje de los feminismos y lo usan como estrategia de desactivación política de los movimientos feministas, reduciéndolos a una crítica ortopédica que es reapropiada por los circuitos del mercado y el estado neoliberal. (Valencia, 2018, p. 27)

En este análisis destacamos lo siguiente:

Una contradicción/ tensión en direcciones opuestas que recorre el campo de la salud transfeminista: por un lado la imposibilidad(x su propia estructura) de una teoría acabada sobre el transfeminismo y a su vez el derecho a la salud que debe ser garantizados por los Estados. Estados que a su vez no terminan de garantizar los derechos de las diversidades y transfeminismos. Esta contradicción sobre la que se asienta es también su condición de posibilidad de transformación, de pensar nuevas intervenciones en salud que puedan consolidarse como derechos.

En este sentido, Paul Preciado nos da unas pistas respecto a esto:

Necesitamos inventar nuevas metodologías de producción del conocimiento y una nueva imaginación política capaz de confrontar la lógica de la guerra, la razón hetero- colonial y la hegemonía del mercado como lugar de producción del valor y de la verdad. No estamos hablando simplemente de un cambio de régimen institucional, de un desplazamiento de las élites políticas.

Hablamos de la transformación de «los dominios moleculares de la sensibilidad, de la inteligencia, del deseo. (2013, p. 12)

## Para reflexionar

En base a estas últimas afirmaciones podemos hacernos las siguientes preguntas: ¿Cómo pensar la salud en clave transfeministas? ¿Cómo transversalizar las perspectivas de género y diversidad en la agenda sanitaria? ¿Cómo incorporar las demandas de los movimientos transfeministas en la construcción de políticas públicas en salud? ¿Cómo pensar intervenciones sociales desde esta perspectiva?

**Figura 1.4**



*Nota: Imagen extraída de [www.abortolegal.com.ar](http://www.abortolegal.com.ar)*

Es vital comprender que no partimos de cero, algunas de estas construcciones se vienen disputando hace décadas en el campo político y sanitario. Algunas de las cuestiones que podemos mencionar en perspectiva histórica son:

Las campañas por la despenalización del aborto (diversos colectivos asociados a esta lucha), los Encuentros Nacionales de Mujeres, los movimientos LGTBI+; la lucha de movimientos gays por el acceso a tratamientos de HIV, la creación de nuevas instituciones como el Ministerio de las Mujeres Géneros y Diversidad a nivel nacional y de la provincia de Buenos Aires, Direcciones de género y diversidad en una multiplicidad de instituciones públicas, entre otras. Estos movimientos dan cuenta que a lo largo de décadas se ha intentado visibilizar las problemáticas del campo de la salud que habían sido invisibilizadas, y que producto de estas luchas, van instalándose de distintas formas, ya sea en nuevas legislaciones, protocolos, en los medios de comunicación, y en la agenda pública.

Les invitamos a ver una síntesis de estos recorridos históricos en algunas de las organizaciones de referencia:

<http://www.abortolegal.com.ar>

<https://otdchile.org/tag/salud-trans/>

<https://www.huesped.org.ar/institucional/nuestra-historia/>

## Síntesis

Para cerrar este capítulo proponemos una síntesis de las ideas centrales.

En primer lugar, reconocer que la epistemología dialógica, que nos proponen los transfeminismos, es respetuosa de la identidad de las personas pero a su vez es invisible a la formación de los trabajadores de la salud, con lo cual es un proceso que hay que ir transitando en los propios ámbitos socio-laborales.

En segundo lugar, la perspectiva transfeminista permite resituar algunas luchas históricas y reconocer nuevas. Lo cual implica reconocer la cuestión de la construcción de la subjetividad y de la corporalidad, la patologización de la transexualidad, la crítica al feminismo de estado y a los procesos de institucionalización del movimiento LGTBI+, las luchas contra el sida, las resistencias transmigrantes, la precarización de la vida, la feminización de la pobreza, el aborto, la sexualidad, el cuerpo, la violencia, el acceso al mercado laboral o el trabajo en el hogar, entre otras tantas. Y cómo esto se articula al campo de la salud.

En tercer lugar, reconocer que toda cuestión que se presenta como diferente en el sistema de salud tiende a ser patologizada, con lo cual debemos preguntarnos permanentemente respecto de los instituidos y los saberes cómodos en nuestras intervenciones. El encuentro de las diversidades con las prácticas y los saberes médicos hegemónicos generan la imposibilidad de pensar de manera singular y propositiva.

- Para analizar el campo de la salud requerimos contar con los conceptos de proceso salud y enfermedad- atención- cuidado y modelo médico hegemónico. Estos planteos anudados a la perspectiva transfeminista permite visualizar nuevas problemáticas y situar otras formas de intervenir.
- La perspectiva transfeminista no es una teoría acabada ni equívoca, sino que permite rescatar procesos, experiencias y testimonios que no cuadran en los estándares hegemónicos. La misma ha contribuido a profundizar la crítica del modelo hegemónico.
- Insistir en la formación de los trabajadores de la salud es una forma de desinvisibilizar ciertas problemáticas cruciales que permitirán construir un sistema de salud más inclusivo. Desde esta perspectiva se puede pensar a la salud integral que respete y promueva niveles de autonomía de usuaries y den un margen de no reproducción de las múltiples violencias machistas ejercidas desde las instituciones de salud pública donde se sitúan las prácticas atravesadas por el heteropatriarcado y las desigualdades.
- El rol estratégico del Estado plantea una relación contradictoria entre reconocimiento de derechos, reconocimiento de los distintos colectivos transfeministas y la eliminación de obstáculos al acceso a la salud.

## Referencias bibliográficas

- Figura 1.1 Imagen extraída de Pixabay. (<https://pixabay.com/es/>)
- Figura 1.2 Nota: Imagen extraída de Pixabay. (<https://pixabay.com/es/>)
- Figura 1.3 El resaltador. (3 de diciembre de 2021) Derribar el capacitismo en la política desde los feminismos. Ilustración de Marisa Cuello. (<https://elresaltador.com.ar/derribar-el-capacitismo-en-la-politica-desde-los-feminismos/>)
- Figura 1.4 Imagen extraída de [www.abortolegal.com.ar](http://www.abortolegal.com.ar)
- Gutiérrez N (2020) ¿Ponerse el ambo violeta? Feminismos, ética del cuidado y salud pública. ConCienciaSocial. Revista digital de Trabajo Social. Vol. 4 (2020) Nro. 7 - ISSN 2591-5339
- Menéndez, E. (2005) El modelo médico y la salud de los trabajadores. En Salud Colectiva, La Plata, 1(1): 9-32, Enero - Abril, 2005. <https://doi.org/10.18294/sc.2005.1>
- Preciado P (2013) Introducción. En VVAA Transfeminismos Epistemes, fricciones y flujos (2013) Ed. Txalaparta. España.
- Pecheny, M. (2021) en Cancellaro Gabriela y Mignoli Luciana. (2021) Apuntes para pensar la salud pública en clave de género. Dirección de Géneros y Diversidad. Ministerio de Salud. Argentina.
- Spinelli, Hugo (2010) Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 6(3):275-293, Septiembre - Diciembre.
- Valencia S. (2018) El Transfeminismo no es un Generismo en Pléyade 22 julio- diciembre (2018) / online issn 0719-3696 / issn 0718-655X / pp. 27-43
- Pérez, Moira (2019) Salud y soberanía de los cuerpos: propuestas y tensiones desde una perspectiva queer en Salud feminista en Salud feminista: soberanía de los cuerpos, poder y organización - 1a ed. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Tinta Limón, 2019.
- Tajer, Debora y otras (2018) Género y salud adolescente: imaginarios profesionales y prácticas que impactan en la calidad de atención en servicios de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en Revista Papeles de Trabajo. Vol II. UNSAM. noviembre de 2018 disponible en <http://revistasacademicas.unsam.edu.ar/index.php/papdetrab/article/view/748/685>



## CAPÍTULO 2

# Legitimidad profesional del Trabajo Social y disputas históricas en el campo de la Salud

*Mercedes Contreras*

El presente artículo intentará situar históricamente cuáles han sido los grandes debates que han influenciado las condiciones del ejercicio profesional del Trabajo Social en el campo de la salud. Se trabajará desde la categoría de legitimidad, las instancias construidas / consolidadas históricamente, así como las potencialidades que presenta la incorporación de ciertas dimensiones vinculadas a lo jurídico y al feminismo a los argumentos de intervención. Se infiere que estos campos de saberes han redundado en algunos cambios posibles en las posiciones de poder al interior de las instituciones sanitarias, particularmente, en la intervención con las problemáticas ligadas a la Salud Sexual Integral y el Aborto en particular.

Es importante situar que este escrito ha sido producido en 2018, sin la vigencia de la actual Ley 27.610, de Interrupción Voluntaria del Embarazo, por lo que algunas discusiones, pueden estar saldadas o en proceso de revisión.

### **El campo de la salud como escenario complejo**

Hablar de “campo de la salud” refiere ineludiblemente a la categorización desarrollada por P. Bourdieu (1983), quien expresa que esta noción refiere a un espacio social, con una estructura de relaciones o interacciones objetivas, en función de la producción, distribución y apropiación de un tipo de capital específico. A su vez, los agentes que ocupan ese campo, otorgan sentido a sus posiciones, disposiciones y prácticas, por las cuales reproducen el campo.

Asimismo la noción también reconoce la circulación de cierto tipo específico de capital, que no se encuentra aislado de la dinámica social general, sino que forma parte de él, expresando particularidades y diferencias, tanto con él, como con otros campos. (Danani, 2006) Entre estos tipos de capitales, pueden encontrarse el capital económico, el capital social que estipula el tipo de relaciones sociales establecidas, el capital cultural, en sentido del prestigio y los conocimientos que se encuentran en disputa.

Esta noción nos permite partir de la complejidad del propio sistema para pensar la posición de Trabajo Social en el campo de la salud, como uno más, de los agentes (en términos colectivos), que con intereses específicos disputa por la apropiación, manejo y sentido del capital en

juego en este campo. Afirmación esta, que viene a fundamentar la decisión de trabajar el proceso de profesionalización y la discusión sobre legitimidad / legitimación, sobre aquella “voz autorizada” para definir e intervenir en ciertas problemáticas y las estrategias desarrolladas por el colectivo para alcanzarla.

Por esto, resulta necesario, aunque sin efectuar reiteraciones conceptuales sumamente acuñadas, presentar de modo simplificado estas concepciones en disputa:

E. Menéndez ha desarrollado ampliamente las características de la hegemonía biomédica en la atención de los padecimientos, y sostiene que

Los caracteres dominantes de dicho modelo son su biologismo, ahistoricidad, asocialidad, pragmatismo, individualidad, participacionismo subordinado, etc., que justamente determinan un tipo de práctica técnica y social donde los factores etiológicos y curativos son depositados en la persona, o a lo sumo en un ambiente "natural", donde los procesos colectivos determinantes de la enfermedad son muy secundariamente tomados en cuenta, y donde el sujeto y/o los conjuntos son considerados siempre como "pacientes". (Menéndez, 2002, p. 194)

De este modo, la práctica médica ha construido una hegemonía discursiva, que se fundamenta en una aparente especificidad en la enfermedad, desconociendo o subordinando como “complementaria”, el modo de vida desigual del sistema económico imperante, el tipo de relaciones sociales que se instituyen, y todas las cuestiones que de ello se desprenden. En perfecta línea con esto, se institucionaliza bajo la concepción estática de salud acuñada por la OMS en 1948, “completo estado de bienestar bio-psíquico y social”.

Sin embargo, esta situación no se ha mantenido idéntica con el paso de los años, y sea quizás por la disputa intelectual, por las corrientes ideológicas, por la falta de eficacia, y/o por otros factores en conjunto, la biomedicina ha tenido que re estructurarse para incorporar estos discursos que le demandaron “reinventarse” para continuar manejando poder en este campo de fuerzas. La incorporación de prácticas, por ejemplo de medicinas alternativas, el imperativo de constituir equipos interdisciplinarios, que aunque sea desde una perspectiva de complementariedad, obligaron a modificar prácticas.

Según Alicia Stolkiner (2012), este cuestionamiento comienza en la década de 1960, con una conjugación de factores que pueden resumirse en una *crisis de “eficacia simbólica”*, donde se pusieron de manifiesto la iatrogenia misma de los tratamientos, un estancamiento en la efectividad, que derivó en una gran crisis de legitimidad. Ante esto, es importante también incorporar un crecimiento cualitativo societal en relación a la noción de derechos humanos, en relación al cuestionamiento de la objetivación, manipulación y degradación subjetiva en la que había caído la ciencia médica. Gráfico ejemplo de esto, son los cuestionamientos a prácticas manicomiales de las más aberrantes.

En ese contexto, la corriente de la Medicina Social / Salud Colectiva, se constituyó como actor protagónico de crítica. Conformado por distintos actores, de diversas líneas políticas y dependencias institucionales, los postulados de esta corriente pueden resumirse del siguiente modo:

- Problematización de la noción de salud cuestionando la incorporación de lo social como “factores de riesgo”.
- Cuestionamiento de la dicotomía salud / enfermedad como estados antagónicos para ubicarlos como parte de un mismo proceso.
- Planteamiento del problema de la salud como estrictamente social en sí mismo: la noción de que lo biológico se desata de manera subsumida a lo social, de que los modos de enfermar y morir tienen su fundamento en las condiciones desiguales de vida que imprime el sistema capitalista.
- Análisis de la salud ligado a las políticas sanitarias de cuidado en general, instalando la idea de que no se desarrolla como esfera separada del modo en que es atendida. Asimismo, la pérdida de centralidad de las instituciones (sobre todo las hospitalarias), hace que este pensamiento sobre la salud se deslice hacia un pensamiento sobre el cuidado.
- Da relevancia al enfoque de derechos, donde la vigencia del derecho a la salud se vincula indefectiblemente a la vigencia de otros derechos.
- Convocatoria a una construcción colectiva, de carácter crítico, interdisciplinario e intercultural de la atención de los padecimientos.

Ahora, ¿cómo, cuánto ha modificado esta discusión el campo de fuerzas disciplinares en las instituciones sanitarias? ¿Cómo ha influido esto en la legitimación profesional de los trabajadores sociales? ¿Es posible que, cómo disciplina, esta discusión sea una herramienta de disputa? ...

En primera instancia entonces, me interesa situar que la crítica al modelo biomédico efectuado por corrientes como la medicina social / salud colectiva ha sido uno de los debates incorporados por los profesionales de Trabajo Social, a la hora de integrar los equipos de salud. Sin embargo, ¿es suficiente como fuente de legitimidad?

Es necesario precisar qué se entiende por legitimidad, intentando saltar concepciones arraigadas en el sentido común. Para esto, tomo los aportes de Juan Carlos Monedero (2009), quien realiza un análisis de la categoría vinculada a las reflexiones de la politología: la primera intención de incorporar esta categoría a la Ciencia Social, fue M. Weber. El autor, la postula como uno de los elementos más importantes para comprender la dinámica de la sociedad moderna, e introduce esta discusión ligada a los problemas de gobernabilidad, de mando y obediencia, de pretensión y creencia, del poder como dimensión ineludible para conocer la configuración de las relaciones sociales en un tiempo histórico determinado.

Lo legítimo entonces, se va a configurar de modo específico cada vez, y expresa siempre relaciones de fuerza. Sin embargo, la legitimidad se relaciona con el otorgamiento de un consentimiento para decir o hacer tal o cual cosa desde una posición de poder, que se entiende como beneficiosa para otros grupos sociales. Los diferentes paradigmas en Ciencias Sociales, han discutido fundamentalmente sobre los argumentos de ese consentimiento, sobre los mecanismos para su construcción y sostenimiento, entre otras cuestiones.

Según Monedero (2009), lograr una definición de lo legítimo implica per se la posibilidad de problematizar el poder, con dotar de una análisis dialéctico que incluya el conflicto como parte de lo social.

Entonces, las profesiones (excepto la medicina y la abogacía) son construcciones modernas, y esto tiene fuertemente relación con la construcción de los Estados y las mutaciones del capitalismo, entendiendo que es la sociedad industrial capitalista, la que demanda la existencia de conocimientos especializados para validar / validarse. Como tales, las profesiones fueron objeto de estudio de diversas corrientes de la sociología a lo largo de la historia, pero alcanzan sus sistematicidad cerca de 1900-1930. Entre ellas, encuentran mayores desarrollos el funcionalismo, el interaccionismo simbólico, el estructuralismo y las corrientes denominadas críticas (Cazzaniga, 2014).

Respecto del primero, puede decirse que ponen el énfasis en señalar las características de “la” definición, que las diferencia de otros estamentos como “semi profesiones” u ocupaciones, entre las que se encuentran los conocimientos y la experticia acreditados por una institución académica y el prestigio. Adhieren a la “teoría de los rasgos” como un listado de características que las definen, y entienden a los procesos de profesionalización como un camino evolutivo.

El funcionalismo, sostuvo con firmeza la ausencia de conflicto en los procesos de profesionalización, dotando de una fuerza armónica a la constitución de grupos de expertos frente a las tensiones sociales. Construyó así una ortodoxia en el estudio de los grupos de expertos, otorgándoles un poder inconmensurable en la resolución de conflictos, alejando así las responsabilidades del Estado en su producción (Perren, 2007).

Esta corriente ha podido constituirse como hegemónica durante un largo período de tiempo, e incluso hoy día pueden observarse con claridad sus vestigios, sus marcas. La tendencia que se denomina crítica surge en la década de los setenta principalmente en Estados Unidos, y podemos sintetizar que:

- Se incorpora la idea de interés: se reconoce que los grupos profesionales tienen ciertos objetivos, y entre ellos, tomar posiciones de poder frente a otros grupos de profesionales o de la sociedad en general.
- Es impugnada la teoría de los rasgos para explicar la profesionalización, concebida ahora como un proceso de disputa interdependiente por alcanzar las competencias y jurisdicciones propias.
- Otorgan un lugar central al poder: considerando las posturas de Foucault y Bourdieu, se plantea que la condición que adquieran las profesiones, estará ligada a la consideración que se realice sobre la relación poder- saber, y el dominio que puedan ejercer en un campo determinado, en función de la apropiación y manejo de capitales específicos cada vez.

Este conjunto de teorizaciones ha logrado incorporar nociones fundamentales para comprender los procesos de legitimidad profesional, ancladas en la propia conflictividad de lo social. Quiero decir, establecen el piso de debate respecto de que es imposible pensar cómo, por qué y para quién una profesión se constituye como un campo legítimo, con autoridad y creencia, si no pensamos la dimensión del poder y del conflicto.

Y en ese sentido, fue y es central considerar al Estado como fuente institucional (de sentido, de poder, de valor), para los procesos de profesionalización y legitimación.

En esa línea, pueden reconocerse numerosos intelectuales que han teorizado sobre la constitución de grupos de expertos, construcción de la experticia, y la apertura o cierre de campos profesionales/disciplinarios con fundamento en demandas de legitimidad de la sociedad hacia esta metainstitución que ha dotado de sentido existencial así como demandas de servicios que profundizaron la división social y técnica del trabajo.

La división social y científica del trabajo es uno de los aspectos definitorios de la modernidad, puede concluirse que ésta posee una relación directa con el modo en que están organizadas las profesiones en nuestras sociedades. Sabemos que la gestación y producción de conocimiento supera necesariamente el marco de las disciplinas, pero si avanzamos en la idea de cómo éstas se ven afectadas en su dinámica de profesionalización identificamos con mayor claridad las conexiones existentes entre conocimiento experto y poder. (Lorente Molina, 2004, p. 39)

Con estas consideraciones, se comparte lo planteado por Cazzaniga (2014), respecto de partir y comprender la provisoriedad de toda definición de profesión, anclando las afirmaciones que se realicen en función de las coordenadas tiempo y espacio.

## **Legitimidad y Trabajo Social: aproximaciones desde el campo de la salud**

Para caracterizar el ejercicio profesional, se parte de reconocer la legitimidad de origen, como aquella equiparada a la cuestión legal, las certificaciones que habilitan el ejercicio. En Trabajo Social, esta cuestión aparece a primera vista como algo hartado superado, sobre todo en ciudades capitales, donde actualmente se cuenta con un reconocimiento universitario para estudiar, colegiado para ejercer y normativo que estipula incumbencias. Pero esto, no fue siempre de este modo, sino que representa un punto de llegada de procesos previos. Tampoco lo es a lo largo del país, donde se reconocen diversas instituciones formadoras: de carácter público y privado, laicas y confesionales, terciarias y universitarias.

Además, este origen de la profesión vinculado en el sentido común a la educación terciaria continúa operando en la actualidad, y se suma a un carácter hegemónicamente interventivo que “resta” valor en las lógicas científicistas.

La creación de Servicios Sociales en instituciones sanitarias responde a la ampliación de las funciones estatales, en el marco de una reorganización general del capitalismo acorde a las presiones ejercidas por la clase trabajadora, entre los finales del Siglo XIX y comienzos del XX. Así, en la década de 1920, se crean los primeros Servicios Sociales en instituciones con financiamiento público, en un movimiento contradictorio que responde tanto a las necesidades de

reproducción del capital, como a las demandas de cobertura de necesidades del movimiento obrero / popular argentino. (Oliva, 2008)

Sin embargo, este movimiento de fuerzas no se realizó sobre el vacío: fueron absorbidas modalidades ya implementadas en diversas prácticas sociales de ayuda relativamente autónomas del sector privado, pasando ahora, a condición de asalariadas. Esta cuestión implicó, la persistencia de ciertas orientaciones en la intervención con una fuerte presencia de evaluaciones morales basadas en las ideas de la época, sobre todo orientaciones conductistas fundamentadas en la moral religiosa y el higienismo.

Además, es característico que, el ingreso a las instituciones sanitarias se realizó masivamente en distintas áreas, efectuando un “mix” de funciones, que terminaron por indiferenciar las incumbencias en relación a los títulos obtenidos: visitadoras sociales, visitadoras de higiene, asistentes sociales, y más tarde, licenciadas en Servicio Social y Trabajo Social.

Puede decirse que la inclusión de profesionales en el campo de la salud se realiza masivamente en poco tiempo (1920-1940), y las características básicas de esa inclusión son: indiferenciación entre las tareas de las visitadoras sociales, enfermeras, visitadoras de higiene y asistentes sociales, desarrollo de tareas vinculadas a la obtención de información, visitas domiciliarias, encuestas sociales, elaboración de recursos escritos, gestión de recursos, actividades “educativas” vinculadas a una moralización de la vida cotidiana, entre otras cuestiones. (Oliva, 2008)

Sin embargo, para profundizar en las ideas del capítulo, resulta necesario pensar la inserción en el ámbito de las Maternidades públicas, expresando esto, las primeras vinculaciones entre Trabajo Social y Salud Sexual. ¿Por qué la maternidad se constituyó en un problema que demandó la intervención de Trabajo Social?

Aquí resulta entonces, el punto de discusión sobre lo que se entiende como la legitimidad de proceso, intentando caracterizar, los consensos, la eficacia, la utilidad, que hicieron del ejercicio de la profesión, un espacio legitimado.

Desde una posición feminista,

(...) la incorporación progresiva de la mujer al mundo laboral reordena administrativamente las relaciones sociales circunscritas al tradicional espacio doméstico lo que coadyuda a que el Estado, en este sentido, comience a desarrollar funciones sustitutivas de protección social muy cercanas a las que las mujeres venían realizando, es decir, consigue empatizar con las tareas vinculadas a la reproducción social desde la dimensión de lo público. (Lorente Molina, 2004, p. 46)

Existieron entonces, dos grupos a los que se los catalogó como incompletos: las mujeres y las trabajadoras sociales como profesionales.

Trabajo Social entonces, se ha caracterizado históricamente por ser una profesión *feminizada*. *Feminizada* (Lorente Molina, 2004), tiene que ver con la asignación de valores culturalmente considerados femeninos a las profesiones, y entonces asignarle a las mujeres la

asistencia de problemáticas públicas, desde lo que en ese momento se entendía que eran sus funciones privadas: el cuidado.

En ese sentido, podríamos decir que la profesión no sólo fue feminizada, sino que también se sumó a un proceso de feminización y maternalización que se hacía desde el Estado sobre las mujeres con quienes trabajaban a través de las acciones educativas, de control y de vigilancia. Las visitadoras intentaron modificar costumbres y hábitos que facilitaran el desarrollo de las tareas domésticas de las mujeres para el bienestar de la comunidad. (Gavrila, 2018, p. 19)

Esa es la lógica que permite pensar esta relación entre Trabajo Social y maternidad, en donde radicó su eficacia y su fuente de legitimación. Una ética del cuidado, expresa la extensión de prácticas que la sociedad patriarcal le atribuye a la mujer, hacia la profesión. Desde la reproducción de tareas asignadas a roles femeninos en ese tiempo histórico: la ayuda, el acompañamiento, la supervisión de las madres, la educación en valores morales feminizados, la realización correcta de su casi única función en la sociedad, ser madre. La autora mencionada, nomina esta situación como “*correlación funcional*”. (Lorente Molina, 2004)

Destaco aquí, la noción de funcional, debido a que, es característico cómo, en los orígenes de este asalariamiento, fueron consideradas estas tareas como improductivas, y con esto se deriva una insoslayable subordinación de la profesión frente a otras supuestamente productivas. Lo cierto es que, fue muy productivo que, un grupo de mujeres especializadas, comiencen a abordar el problema de otras mujeres, trabajando incansablemente con la reproducción del *mito mujer-madre* (Fernández, 1993), donde la función materna aparece como natural, y no así del orden de la cultura, reforzando el rol de la mujer-madre reproductora, la maternidad como identidad-destino, y aportando cuantiosamente al proceso de reproducción general del capital, aunque este proceso haya sido fuertemente invisibilizado.

Además, es útil señalar que la reproducción de este mito, fue funcional, en el sentido de construcción de un “saber experto” sobre las mujeres: en la disputa con prácticas tradicionales de parto y crianza sostenidas por las mujeres de la época, la medicina (mediante su alianza histórica con las familias de alto prestigio, como lo desarrolló Donzelot), logra utilizar los “problemas propios” de las mujeres para justificar su relevancia científica, y así su legitimidad profesional.

Entonces, resulta explícito que, la legitimidad profesional alcanzada en aquel momento, presenta variadas subalternidades:

- La de la mujer objeto de intervención: se constituye en fuente de legitimidad profesional debido a la construcción como problema social de los asuntos ligados a la maternidad, otorgando eficacia a la intervención a través de la reproducción del mito mujer madre, reproduciendo su participación en la vida pública y contribuyendo así, a la continuidad de la reproducción capitalista.
- La de la profesión que, deslizando la noción de sensibilidad y cuidado atribuida a las mujeres hacia las profesionales, se ocuparon de la transmisión de valores apreciados socialmente, hacia la conservación de la vida familiar en tiempos de grandes cuestionamientos.

Trabajo Social entonces, encontraba su legitimación en las características personales de sus agentes, cuando otrxs, lo hacían en función de sus capacidades profesionales.

## **Estrategias de legitimación: la salud sexual integral**

Considerando el apartado anterior como una descripción de la situación inicial del Trabajo Social en el campo de la salud, es posible situar que la profesión ha desplegado al menos tres grandes estrategias colectivas de legitimación:

- En los momentos iniciales, una diferenciación con prácticas voluntaristas, argumentando la existencia de roles diferentes por el uso de metodologías específicas.
- Entre los años 1970 y 1980, en la búsqueda de especificidad, en la clarificación de su objeto de intervención bajo un status científico vinculado a las Ciencias Sociales.
- En simultáneo, y en los siguientes años, la búsqueda de legitimación se vinculó a la asunción de compromisos sociales, la relación con lo ético/político.

Ahora, resulta fundamental, situar la materialidad de estas consideraciones al ámbito de la salud sexual, para particularizar el análisis.

Esta categoría, no fue acuñada hasta la década de 1960, donde los llamados “derechos sexuales y reproductivos” se convirtieron en una de las banderas del movimiento de mujeres a nivel mundial, demandando su vigencia como uno más, de los Derechos Humanos. En nuestro país fue un proceso invisibilizado hasta mediados de los 90 donde se incorpora a la agenda de gobierno por su ineludible existencia pública y la presión de diversos sectores sociales.<sup>3</sup>

Recién en el año 2001, se sanciona la Ley 25.673, de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, producto de un complejo proceso histórico, político y social, de larga lucha encabezada por el movimiento de mujeres y resultó un medio clave para generar condiciones de viabilidad política para la implementación de programas de salud sexual en todo el país. Ahora, ¿cómo ha impactado en el campo de la salud? Evidentemente, en forma de disputa.

Estas nociones, atraviesan notablemente las significaciones hegemónicas con respecto al lugar de la mujer y las concepciones de salud, y han sido jerarquizadas de modos diferentes por los protagonistas de este trabajo: los médicos y las trabajadoras sociales. Para los primeros, estas normas se han convertido en una especie de imposición, de la que no forman parte desde el punto de vista ideológico, debido a su eterna alianza con sectores conservadores<sup>4</sup>. Sin

---

<sup>3</sup>A partir del año 1994, en la Conferencia internacional sobre Población y Desarrollo, en el Cairo, se produce un cambio de paradigma: se reconocen los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, y los estados asumen un compromiso con la temática. Sin embargo, en Argentina fueron numerosos los intentos por dilatar esta discusión, sobre todo en lo parlamentario, con una fuerte influencia de la Iglesia Católica.

<sup>4</sup>Por ejemplo, es estadísticamente gráfico, cómo el acceso a la Ligadura Tubaria es obstruido permanentemente por el poder médico, vulnerando derechos de las mujeres y aportando a la perpetuación de su eterno rol materno.



embargo, para Trabajo Social, se constituyen en una herramienta de legitimación en función de dos grandes tendencias / argumentos: la cuestión jurídica y el feminismo.

La cuestión jurídica, refiere a que éstas son herramientas legales que permiten (aunque no garantizan), trabajar en la línea de exigir y garantizar el acceso a la salud sexual. Esto se materializa, en las prácticas cotidianas, en un “uso” de categorías jurídicas por parte de las profesionales para avalar la direccionalidad de la intervención, para demandar en los espacios institucionales la realización de prácticas acorde a los derechos garantizados.

En términos académicos, puede englobarse bajo el “enfoque de derechos”, como aquellos instrumentos que permiten, hoy en día, dar poder a su voz, dar autoridad legítima para disputar formas de abordaje, para dar un fundamento a intervenciones siempre caratuladas de “sobre-ideologizadas”.

Para clarificar la idea, entonces, se sitúa el uso del discurso jurídico como una fuente de legitimación que ha tomado el colectivo profesional. Y que ha dado, efectivamente, sus frutos en la creación de múltiples dispositivos, en la demanda a Trabajo Social para intervenir en situaciones complejas.

En segundo término, el feminismo. La opción por el feminismo como base, ha permitido a las profesionales, reconocer el papel político de toda intervención que trabaje en torno a la salud sexual integral, se ha convertido en argumento insoslayable, como mediación que permite dar cuenta de la opción política para la construcción de los problemas, y como tal, una construcción a la autonomía de campo, siempre en disputa e inacabada.

En la historia de nuestra disciplina hay una apropiación de la Teoría Social Clásica para explicar la dinámica de la sociedad de clases y la configuración de los problemas sociales. Sobre todo, porque hay una vinculación directa en el origen de nuestra profesión con el capitalismo. Pero... ¿qué pasa con el feminismo?

Las estrategias desplegadas por el movimiento de mujeres, y en especial, la introducción en agenda pública de la cuestión del aborto como un problema de salud pública, ha significado que la profesión incorpore esta perspectiva tanto como ángulo de análisis en la construcción de los problemas sociales, como en un parámetro para su abordaje interventivo.

En ese sentido, han proliferado en el ámbito académico un conjunto de propuestas que incorporaron en los planes de estudios la perspectiva de género como guía para la intervención y la investigación.

Pero además, las trabajadoras sociales han incorporado la perspectiva feminista como guía de intervención, y eso se visualiza en la proliferación de dispositivos de abordaje, como las Consejerías de Salud Sexual o los dispositivos de atención a la violencia de género, con una fuerte presencia de nuestra profesión.

Las trabajadoras sociales, entonces, han incorporado esta propuesta teórica para construir argumentos en sus intervenciones, para formular proyectos, para plantear demandas institucionales.

Este movimiento brindó un conjunto de herramientas que permitieron aumentar la legitimidad profesional en los equipos interdisciplinarios, para dar valor a la palabra dicha por las profesionales, para jerarquizar nuestra presencia en las instituciones, sobre todo en las sanitarias.

Ha significado entonces, una dimensión para la producción de autonomía, que requiere argumentaciones y propuestas que superen la dependencia y subordinación que presenta nuestra profesión en el ámbito de la salud a disciplinas médicas.

Pensar la autonomía equivale a pensar en el ejercicio responsable de la libertad, lo cual conlleva la capacidad tanto de dar respuesta a la pregunta del por qué de nuestras decisiones y acciones, como hacernos cargo de sus consecuencias (Custo, Lucero: 2009; 126)

## Reflexiones finales

En este artículo se intentó compartir algunos debates que desde Trabajo Social son en cierta medida trabajados por varios autores, como la dimensión histórica, la cuestión de la legitimidad y la complejidad del campo de la salud. Sin embargo, para pensar procesos interventivos intenta ser una puerta, una posibilidad de pensar intervenciones sociales que consideren en qué sentido esas disputas son puestas en juego en cada situación que demanda asistencia también.

Se pretendió así, dar cuenta de modo sintetizado de algunas disputas ideológicas que permiten a Trabajo Social ser hoy, una disciplina que se posiciona con argumentos teóricos, políticos e históricos para sostener el derecho a la salud como horizonte de trabajo.

En ese proceso, es un imperativo reconocer la trayectoria profesional y las alianzas construidas en este período histórico para tomar el abordaje de la salud y la salud sexual en particular como un campo en el que hemos surgido, pero también reinventado, redireccionado y nuevamente rearmado para que esa legitimidad tenga al feminismo como una lectura ineludible para pensar la salud.

## Bibliografía

- Brown, J. (2007). Ciudadanía de mujeres en Argentina. Los derechos (no) reproductivos y sexuales como bisagra, lo público y lo privado puesto en cuestión. Tesis de maestría, FLACSO, Buenos Aires.
- Cazzaniga, Susana (2010). Acerca de la legitimidad. Universidad Nacional de Entre Ríos, Facultad de Trabajo Social. Producción que la autora realiza para el dictado de la asignatura Constitución Histórica de Trabajo Social de la Maestría en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Córdoba, 2006-2008.
- Cazzaniga, Susana (2014) "Profesiones" FTS UNER, Paraná (Documento de trabajo, Texto digital).
- Cruz, V. y otras (2014). "Incumbencias y rol profesional: dos nociones a problematizar en Trabajo Social." En: Fuentes, P (comp), "Lo metodológico en Trabajo Social. Desafíos frente a la

- simplificación e instrumentalización de lo social” Colección Libros de cátedra. EDULP-UNLP. Argentina.
- Custo, E. (2009). “La construcción y conquista de autonomía. Poner en juego la subjetividad contemporánea de los trabajadores sociales. Artículo en Revista Escenarios 14- Facultad de Trabajo Social. ISSN 1666-3942, Argentina.
- D’Atri (2015) Debates sobre la criminalización /despenalización del Aborto. En: Rébora, L: Esfera pública y procesos de intervención en trabajo social. 1a ed. Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, La Plata.
- Fernández, Ana María. (1993) La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Gavrila, C (2018) Hermosear y vigilar. Las Visitadoras de Higiene Social de la Universidad Nacional de La Plata en el proceso de institucionalización del Trabajo Social en la Argentina (1922 – 1948). Tesis de Maestría, Maestría en Trabajo Social, UNLP.
- Lorente Molina, B. (2004) “Género, ciencia y trabajo. Las profesiones feminizadas y las prácticas de cuidado y ayuda social” en Revista Scripta Ethnologica, año/vol. XXVI. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Buenos Aires.
- Monedero, J.C. (2009) “Legitimidad” en Reyes, R. *Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. Terminología científico – Social*. Tomo 3. Madrid-México, Ed. Plaza y Valdéz.
- Oliva, Andrea. Trabajo Social y lucha de clases. *Análisis histórico de las modalidades de intervención en la Argentina*. Ed. Imago Mundi. Cap. VI. Pág. 181.
- Perren, J (2007). “Los profesionales en la mira- un ensayo sobre las relaciones entre elites de expertos y ciencias sociales” en *Contribuciones a la Economía*, ISSN16968360.
- Weber, Max (1998) *Economía y Sociedad*. Fondo de Cultura Económica. México. (III “Los tipos de dominación”)

## CAPÍTULO 3

# Feminismos y Salud, aportes para pensar las intersecciones entre raza, clase y géneros

*Marina Cabral*

### Introducción<sup>5</sup>

En el siguiente trabajo se realiza un breve recorrido sobre el movimiento feminista y sus vinculaciones con el campo de la salud. Particularmente se retoman las discusiones acerca de la construcción hegemónica del feminismo blanco, burgués y colonial, en contraposición a las discusiones principales del feminismo descolonial y los aportes de las teorías *queer* para superar la construcción universal del sujeto mujer y abordar la intersección de las dimensiones de raza, clase, etnia y géneros, como desafío frente a la fragmentación de la mirada y como apuesta por descolonizar la salud.

Se parte de historizar el concepto de géneros, sus usos por parte de las Ciencias de la Salud y la reapropiación y disputa por parte de los Movimientos Feministas. También se indaga sobre cómo es incorporado en el campo de la salud y qué usos se hacen de él.

Por último reflexiono acerca de las particularidades de la incorporación de la noción de género en el campo de la Salud en Argentina y esbozo algunos de los desafíos tanto de los feminismos descoloniales como *queer* para repensar el campo de Salud.

La relevancia de este tema tiene que ver con aportar una visión que complejiza los enfoques fragmentarios sobre los ejes de raza, clase, género y salud, cómplices de una visión moderna colonial sanitaria. En ese sentido contribuye a pensar al género no como un determinante social aislado, como una característica a menudo establecida como indicador de riesgo de algún padecimiento o enfermedad, sino como parte de la determinación social de la salud (Breilh, 2013) observando cómo las intersecciones entre la clase, el género y la raza y las desigualdades producto de las mismas determinan las maneras de vivir.

---

<sup>5</sup> Una versión del siguiente trabajo fue presentado como trabajo final de la Diplomatura Superior de Gestión y Políticas de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria de CLACSO en Febrero del 2021.

## Salud y Feminismos, campos en disputa

Como inicio de las reflexiones de este trabajo me interesa partir de un concepto fundamental para comprender a la Salud que es la noción de Campo. Se retoma el planteo de Bourdieu (1997, p. 49):

El espacio social global como campo, es decir a la vez como un campo de fuerzas cuya necesidad se impone a los agentes que se han adentrado en él, y como un campo de luchas dentro del cual los agentes se enfrentan, con medios y fines diferenciados según su posición en la estructura del campo de fuerzas, contribuyendo de ese modo a conservar o a transformar su estructura.

Spinelli (2010) quien analiza el campo de salud de la Argentina en particular, retoma este concepto en contraposición al de Sistema de salud (concepto proveniente del funcionalismo) y aporta cómo en las luchas en las que los agentes se enfrentan, disputan diferentes tipos de capitales: económico, social, cultural y simbólico.

En función de ellos tratan de construir, profundizar, dar continuidad o producir rupturas de las estructuras del campo, en procesos de colaboración, acuerdos o de clara confrontación. Esto expresa la disputa por la agenda política, lo cual termina por definir posiciones dominantes, hegemónicas o de subordinación a su interior. (Spinelli, 2010, p. 276)

Los movimientos feministas y las teorías feministas han influido y se han incorporado de distintas formas en el campo de la salud a nivel internacional y en Argentina en particular. A lo largo de la historia, los Movimientos feministas en plural, diversos y en pugna se han convertido en actores que disputan una forma de mirar el mundo y la salud y que han influido en las formas de definir la misma e incluso en la gesta e implementación de políticas de salud en los territorios.

Parto de comprender que la biomedicina es el modelo biomédico hegemónico que se caracteriza por imponer una definición de salud ahistórica basada en la atención de la enfermedad, de carácter individual y con el objetivo de la “cura”. Al respecto Menendez (2005) menciona las características del modelo que son el biologismo, individualismo, ahistoricidad y el mercantilismo entre otras. Las mismas, se basan en la exclusión de lo social, lo histórico, lo cultural y lo económico en el análisis de los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado. Esto implica un paradigma que niega lo político y lo ideológico en el análisis de las problemáticas.

La hegemonía lograda por el mismo se desarrolló tanto en el ámbito educativo (con la formación de la medicina en el Siglo XX) como también en el ámbito Institucional Estatal, siendo el Estado quien reconoce a la biomedicina como aquella ciencia válida para la producción de la salud. Al mismo tiempo, debido a esta expansión es que este modelo logra la hegemonía social e ideológica, impregnando las subjetividades y siendo legitimada socialmente como modelo único y legítimo.

En oposición a este modelo, en este trabajo parto de considerar tanto los aportes de la medicina social y la salud colectiva como así también del pensamiento crítico Latinoamericanista para

definir la salud. En ese sentido, comprendo a la misma como un proceso complejo relacional en donde están presentes múltiples dimensiones (social, histórica, económica, política, cultural, biológica, ambiental). Esta visión se opone a pensar en términos dicotómicos y de causa/efecto al complejo salud/enfermedad y posibilita pensar la interseccionalidad y las interrelaciones que se generan en las relaciones dialécticas entre clase, raza etnia y género.<sup>6</sup>

## Género y Salud

A partir de los aportes de Piscitelli (2009) podemos decir que el concepto de género fue utilizado por primera vez por el psicoanalista estadounidense Robert Stoller en 1963 con el objetivo de abordar la “identidad de género” para distinguir entre naturaleza y cultura. La primera relacionada al sexo y por tanto a aquellos aspectos biológicos y la segunda al género y a los aspectos sociológicos y psicológicos.

Los movimientos feministas situados en Estados Unidos y Europa en la década del 60 y mayormente en los 70 se re-apropiaron del concepto de género en pos de visibilizar las desigualdades entre hombres y mujeres. Como demuestra Mattio (2012) retomando a Haraway (1995), esta diferenciación tradicional entre sexo y género no es una invención original feminista, en verdad fue un proceso de “redescripción” y lucha que esos feminismos se dieron sobre lo que Haraway llamó “paradigma de la identidad de género”:

Un horizonte transdisciplinario en el que han confluído diversos componentes y tecnologías: una lectura instintualista de Freud; el énfasis en la somática sexual y en la psicopatología por parte de los sexólogos del siglo XIX (Kraft-Ebing, Havelock Ellis) y de sus seguidores; el continuo desarrollo de la endocrinología bioquímica y fisiológica a partir de los años veinte; la psicobiología de las diferencias de sexo surgida de la psicología comparativa; las hipótesis múltiples sobre el dimorfismo sexual hormonal, cromosómico y neural convergentes en los años cincuenta; y las primeras cirugías de cambio de sexo alrededor de 1960 (Haraway, 1995, p. 224-225)

En este sentido el aporte de los feminismos en este plano es fundamental en tanto posibilita referirse al carácter cultural de las diferencias entre las masculinidades y femeneidades. Son los feminismos denominados como “Primer Ola”<sup>7</sup> quienes situados en EEUU y Europa hacia fines del SXIX y principios del XX comienzan una ardua lucha por la “igualdad de derechos” motivando

---

<sup>6</sup> Ibidem

<sup>7</sup> Al respecto de esta denominación, es importante aclarar que existen críticas desde los feminismos decoloniales a esta visión cuya hegemonía se centra en los feminismos del norte global (estadounidenses y Europeos) es por ello que se aclara al inicio el origen de estos movimientos feministas al que se hace referencia.

la lucha por el derecho al voto, al acceso a la educación, a la posesión de bienes preguntándose por el origen acerca de las desigualdades y la subordinación de las mujeres sobre los hombres. (Piscitelli, 2009)

Uno de los aportes fundamentales para la construcción de esta definición se dio a partir del libro “El 2do Sexo” de Simone de Beauvoir publicado en 1949 y considerado como precursor del feminismo de la “2da Ola”. El mismo posibilita el cuestionamiento del carácter natural de la subordinación de las mujeres con respecto a los hombres.

O termo gênero, em suas versões já difundidas, remete a um conceito elaborado por pensadoras feministas precisamente para desmontar esse duplo procedimento de naturalização mediante o qual as diferenças que se atribuem a homens e mulheres son consideradas inatas, derivadas de distinções naturais e as desigualdades entre uns e outras som percebidas como resultado dessas diferenças. (Piscitelli, 2009, SD).

Al colocar esa diferenciación en la cultura da lugar a la posibilidad de modificación de estas desigualdades por lo cual las principales reivindicaciones del feminismo de la 2da ola tendrán que ver con: la creación de un sujeto político colectivo “mujeres”; la lucha por el fin de la subordinación de las mismas y la creación de categorías como mujer, opresión y patriarcado (Piscitelli, 2009). Estas categorías aparecen como universales y dificultan la posibilidad de realizar lecturas históricas, geopolíticas y culturales sobre su desarrollo dilucidando sus características en diferentes sociedades.

El feminismo Estadounidense y Europeo de la 2da Ola, fundamentalmente cuestionó la exclusión de las mujeres de la historia, la política y la construcción del conocimiento; contribuyó al análisis de los ámbitos en donde se desarrollaba esa subordinación constituyéndose el ámbito privado como un ámbito político. La clásica frase “lo personal es político” surge en este contexto para cuestionar la desigualdad al interior del hogar como espacio de opresión. Sin embargo, los feminismos de la “segunda ola” contribuyeron a la formulación de una identidad esencial de “mujer”, negando e invisibilizando las dimensiones de clase y raza para explicar y dar cuenta de las opresiones basadas en una construcción única (eurocentrada/occidental y blanca) además de negar otras identidades (trans, intersexuales, lesbianas entre otras).

En relación al campo de la salud numerosos planteos fueron dados vinculados a la salud de las mujeres, como la incorporación de métodos anticonceptivos vinculados a la salud (no) reproductiva; debates en relación a la violencia de género hacia las mujeres como parte de los dispositivos de atención de salud, políticas necesarias pero que en numerosos casos fueron diseñadas por Organismos Internacionales e implementadas por los Estados de forma de universalizar una única forma de entender la Salud y las Mujeres: hegemónica, blanca, burguesa y occidental, sin incorporar problemáticas, necesidades y particularidades de otras identidades no mujeres y de origen racializado y de los territorios en particular donde eran aplicados.

## Aportes de las teorías *queer*

Hacia fines de la década de los 80 las feministas comienzan a cuestionar en relación al vínculo sexo/género la naturalización de la noción de sexo y su supuesto carácter anterior a la cultura. Judith Butler, una de las fundadoras de las teorías *queer*, en la década del noventa difunde sus principales planteamientos acerca de cómo es insuficiente el planteo de Simone de Beauvoir y el feminismo de la 2da ola con respecto al sostenimiento de una visión heterocentrada. Plantea las siguientes críticas:

(1) El binarismo de género –varón/mujer– tiene como correlato indiscutible la diferencia sexual biológica –macho/hembra–; (2) hay una relación causal o expresiva entre sexo/género/deseo –si se nace macho, entonces se es varón, por consiguiente, se desea a mujeres; o bien, si se nace hembra, entonces se es mujer, por consiguiente, se desea a varones–; (3) se presupone una coherencia o unidad interna entre sexo/género/deseo que requiere de una heterosexualidad estable y de oposición (Butler, 2001: 55). (Mattio, 2012, p. 90)

Uno de los aspectos fundamentales de este planteo tiene que ver con la posibilidad performativa del género, es decir de traspasar la denominación binaria mujer/hombre para dar lugar a la construcción de otras identidades existentes trans, intersexuales, lesbianas y contemplar a partir de los aportes de Preciado (2009) el uso de tecnología para la modificación del cuerpo humano, esto demuestra el carácter construido del sexo, no “biológico” y anterior a la cultura.

Con esto se observa hacia el interior de los Movimientos Feministas las disputas de agrupaciones e intelectuales gays, lesbianas, transexuales e intersexuales en torno a la exclusión a la que el movimiento feminista blanco eurocentrado y fundamentalmente de mujeres subordina y abre la discusión a pensar cómo el sistema de salud produce violencias al adaptar y normatizar cuerpos e identidades que considera anormales o patológicas.

Al respecto existen numerosos estudios que analizan las formas de patologización y psiquiatrización de las identidades gays, lesbianas, bisexuales, y trans bajo modelos hetero-normativos y binarios que representan la normalidad. En ese sentido, se demuestra cómo la salud hegemónica funciona como un instrumento legitimado para el ejercicio de diferentes violencias sobre los cuerpos “anormalizados” en pos de su normalización (Pérez, 2019). Esto abarca otras identidades no mujer como también debates sobre discapacidad/capacitismo, gordofobia, neurodiversidad, etc. Debates enriquecidos y traídos fundamentalmente por los feminismos hacia el campo de la Salud sobre los cuáles no podré profundizar debido a los alcances de este trabajo.



## Aportes desde el feminismo decolonial

Tal como mencioné anteriormente, el movimiento feminista hegemónico del siglo XX se caracterizará por ser eurocéntrico, blanco, burgués e intelectual. Desde estos privilegios enunciativos, establece a “las mujeres” como un conjunto homogéneo universal; bregando por la igualdad de derechos, la lucha contra el determinismo biológico y la subordinación de las mujeres en la sociedad contemplando la omisión de las mismas en el relato de la historia.

La construcción de la identidad del movimiento feminista hegemónico se realiza a partir de la lucha contra el patriarcado como sistema de opresión en donde aparece la opresión basada en el género como la única dimensión para explicar la dominación de los varones sobre las mujeres. Las limitaciones de esta categoría tienen que ver con que es creada en función de explicar la subordinación de las mujeres blancas en las sociedades modernas occidentales, siendo que las mujeres racializadas y otras identidades no mujer, como por ejemplo la intersexual entre otras, no tenían estatuto humano-racional.

El Feminismo decolonial, se nutre de los feminismos negros y de color de EEUU, del legado crítico de las mujeres y feministas afrodescendientes e indígenas de América Latina; de la revisión crítica al esencialismo del sujeto del feminismo y la política de identidad que comienzan a gestarse a partir de las escritoras activistas lesbianas provenientes del feminismo de color; del feminismo post colonial y el feminismo y lesbianismo feminista autónomo de América Latina. Incorpora la denuncia acerca de la dependencia ideológica y económica que introducen las políticas desarrollistas en los países del tercer mundo y también de las teorías críticas Latinoamericanas que proponen un giro de(s)colonial. (Espinosa, 2014, p. 8)

Su aporte principal es, como menciona Espinosa (2019), la “desobediencia” y una revisión radical de la propuesta feminista blanca eurocéntrica, y de su agenda, sobre aquellos “acuerdos tácitos” que se plantean a través de ella: la “historia oficial” feminista. Permite develar el racismo epistémico a través del cual las teorías clásicas (raza/género) no interpretan la realidad de las mujeres racializadas, por eso se propone una desobediencia epistémica que devela la conexión entre la propuesta hegemónica feminista y la colonialidad basada en el proyecto racional moderno y racista.

Entonces, las feministas descoloniales y antirracistas se proponen mostrar cómo el feminismo blanco-burgués reproduce las mismas desigualdades en la producción de saber de las ciencias (con respecto a los hombres) debido a que la categoría de género la aplican de forma universal cuando en verdad solamente contribuye a explicar la opresión de las mujeres blancas y occidentales. (Espinosa, 2014)

Esto conduce según Espinosa (2019) a lo que denomina como racismo del género:

Una imposibilidad de la teoría feminista de reconocer su lugar de enunciación privilegiada dentro de la matriz moderna colonial de género, imposibilidad que se desprende de su negación a cuestionar y abandonar este lugar a costa de “sacrificar”, invisibilizando diligentemente, el punto de vista de “las mujeres” en menor escala de privilegio, es decir las racializadas empobrecidas dentro de un orden heterosexual (Espinosa, 2013b).

En este planteo está presente la supuesta “unidad” de las mujeres que argumenta la opresión común, “más allá” de las diferencias y que deriva en lo que ella nombra como “la colonialidad de la razón feminista”. En este punto es interesante desarrollar la noción de Lugones (2008) acerca del “Sistema moderno-colonial de género” y la crítica que plantea a partir de la “la matriz de dominación”, como aquella en donde clase, raza y género se imbrican y producen un contexto específico de dominación, lo cual representa un salto a la comprensión de la interseccionalidad como suma de factores.

Lugones (2008) retoma a Quijano, quien parte de comprender la intersección de raza y género en términos estructurales amplios argumentando que el poder capitalista, (Eurocentrado y global) está organizado en dos ejes: la colonialidad del poder y la modernidad. A este planteamiento fundamental, Lugones agrega la complejidad de pensar cómo en este contexto las mujeres colonizadas, no-blancas, fueron subordinadas y desprovistas de poder lo cual permite entender la organización social de género en términos raciales.

Para comprender esta subordinación es necesario comprender raza y racismo. Diana Anunciacao Santos<sup>8</sup> explica que el racismo es un modelo de identificación normativo/estructural surgido en el siglo XV, que se basa en la naturalización de las diferencias sociales entre blancos/negros y otras personas racializadas. Este se constituye en el argumento sociológico basado en supuestos motivos biológicos, acerca de la selección humana entre civilizados versus salvajes, lo que justifica la negación, la estigmatización, la discriminación, las desventajas e incluso la muerte y el genocidio.

En América, la idea de raza fue un modo de otorgar legitimidad a las relaciones de dominación impuestas por la conquista. La posterior constitución de Europa como nueva id-entidad después de América y la expansión del colonialismo europeo sobre el resto del mundo, llevaron a la elaboración de la perspectiva eurocéntrica de conocimiento y con ella a la elaboración teórica de la idea de raza como naturalización de esas relaciones coloniales de dominación entre europeos y no-europeos. Históricamente, eso significó una nueva manera de legitimar las ya antiguas ideas y prácticas de relaciones de superioridad/inferioridad entre dominados y dominantes. (Quijano, 1999, p. 203)

En ese sentido es fundamental comprender que la colonialidad no tiene que ver únicamente con una clasificación racial sino que es un fenómeno que abarca el control del acceso sexual, la autoridad colectiva, el trabajo, y la subjetividad/intersubjetividad, y la producción del conocimiento. (Lugones 2008, p. 8)

Podemos ver cómo los debates de los feminismos y las teorías *queer* pueden observarse bajo una lupa decolonial lo cual implica complejizar la mirada para repensar el campo de la salud. La categoría de interseccionalidad, va a mostrar la imbricación del género y raza como dimensiones insolubles. Esto tampoco se va a reducir a la categoría de mujer, sino que Lugones también demostrará cómo, por ejemplo, las identidades intersexuales en las sociedades indígenas

---

<sup>8</sup> Video Clase 3 Módulo 1 Diplomatura en Gestión y Políticas de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria, CLACSO 2020.

americanas no eran corregidas ni normalizadas sino hasta la conquista. Esto lleva a preguntarse la forma en que el dimorfismo sexual sirve como una forma de explotación y dominación del capitalismo global y eurocentrado. (Lugones 2008, p. 86)

## Particularidades del Feminismo y la Salud en Argentina

Tal como ilustra Pombo (2012) el concepto de género se incluyó en forma tardía en la agenda de las políticas internacionales de salud ya que inevitablemente, su incorporación implicaba una disputa al enfoque positivista y biomédico hegemónico. Algunos hitos históricos a nivel internacional que posibilitan comprender esta incorporación son: El reconocimiento de las desigualdades de género en la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, 1979); la declaración de Beijing (1995) donde se plantea la lucha contra la desigualdad en la salud de las mujeres y la promoción de políticas con perspectiva de género; la asamblea de la ONU (1998) donde la OMS asumen el compromiso de incorporar una perspectiva de género en sus estrategias y la adopción por parte de la OPS (2005) de la Política de Igualdad de Género en términos transversales.

En la particularidad de Argentina, estos instrumentos internacionales fueron en su mayoría incorporados en la Constitución Nacional de 1994 y jerarquizados frente a las normas nacionales por lo que tienen el rango mayor a nivel normativo. Sin embargo la concepción de género que hegemoniza el campo de la salud en la Argentina, hay ciertos reduccionismos que Pombo (2012) caracteriza del siguiente modo:

- Se presupone que la salud es neutral al género y no se lo toma en consideración.
- Se iguala el concepto género al de mujer.
- Se lo circunscribe a temáticas que se relacionan con aspectos únicamente reproductivos.
- Se lo sustituye por sexo (en términos biológicos/naturales).
- Se lo considera como una cuestión de roles (desconociendo relaciones de poder y construcciones sociales).
- Se lo contempla como un concepto totalizador “determinante monolítico de la salud” ignorando otras intersecciones como clase, raza, etnia, generación, etc.

Pérez (2019:33) en el mismo sentido afirma,

Es frecuente ver que "género" se reduce a "mujeres", y estás a mujeres cis (es decir aquellas que no son trans) y estás a lo que se entiende como su marca diferencial: la capacidad reproductiva. Así, la agenda de salud vinculada con "género" es con frecuencia limitada a la salud sexual y (no) reproductiva de mujeres cis.

Estos enfoques sobre el género, la “bajada” de normas, protocolos y políticas de los organismos internacionales y la profunda dependencia de Argentina de las políticas del norte global,

tienen una íntima relación con la perspectiva de Salud que caracteriza Argentina, el Panamericanismo. El mismo se basa en una lógica de profunda colonialidad y está atravesado por la política de EEUU hacia Latinoamérica y el Caribe entendidas como territorio de explotación y expansión de EEUU. Al margen de que se presenta como la política de los intereses de Latinoamérica, oculta una profunda dependencia que impregna y define las políticas de salud y género cuyas bases (teórico metodológicas y conceptuales) se encuentran en el Colonialismo Sanitario. (Basile; 2020)

Esto tiene como resultado la adopción por parte de la Argentina como de muchos países a nivel internacional de enfoques tecnicistas o instrumentales de la perspectiva de género que lo despolitizan. (Pombo, 2012) En Argentina tuvieron relevancia algunas políticas que promovieron la salud pública intentando generar niveles de autonomía y abordando las problemáticas sanitarias poblacionales tal como se observa durante la gestión de Ramón Carrillo (1946-1954). Sin embargo, la injerencia de los organismos e intereses internacionales actualmente sigue presente limitando la implementación de las políticas de salud y relacionadas con el género a partir del financiamiento condicionado lo cual ha llevado al reduccionismo de este concepto a pesar del gran desarrollo y disputas del Movimiento Feminista.

Esta visión impacta en el campo de la salud presentándose en la forma de un racismo institucional que se manifiesta en las instituciones y políticas de salud y que no contempla aquellas intersecciones entre raza, clase y género que se han desarrollado a lo largo del trabajo. El racismo institucional se manifiesta en el campo de la salud partiendo del privilegio blanco de acceso a las universidades y como consecuencia, siendo principalmente varones blancos quienes ocupan lugares jerárquicos en el sistema. Se constituye en estructural imponiendo e impregnando las instituciones como un modelo basado en la selección de los humanos pero también como un modelo de la racionalidad, una moralidad que se imparte y se enseña.

En la atención de salud se puede observar el racismo a partir de la negación y estigmatización de las identidades y de otras formas de atención y cuidado de la salud sobre todo en el caso de las comunidades y mujeres de pueblos originarios. Sobre esta cuestión es preciso decir que existen escasas investigaciones específicas sobre este tema y no hay políticas concretas que lo aborden en su complejidad a nivel nacional.

Las consecuencias que tiene el racismo institucional en la salud son el destrato, la discriminación, la falta de accesibilidad y atención, la falta de formación de profesionales y miembros de los equipos de salud y sobre todo la imposibilidad de que personas negras y racializadas ocupen lugares de decisión y poder en el sistema de salud (Wernec, 2016). El sistema de salud de este modo produce violencia frente a las identidades racializadas por el hecho de no contemplarlas negando los orígenes afroamericanos y de pueblos originarios como parte de las identidades y nacionalidades de Argentina y por el contrario las “normaliza” desde una visión blanca, burguesa y occidental de pensar tanto el género como la salud.

El sistema de salud, no contempla por ejemplo otras formas de atención que forman parte de los saberes de los pueblos originarios, su idioma o sus costumbres y saberes por ejemplo con respecto a las posiciones en las cuales parir, entre otras. Por otra parte, tal como es

tenido en cuenta la noción de género, se excluyen una serie de problemáticas que afectan a las mujeres cis que no tienen que ver necesariamente con sus capacidades reproductivas (por la centralidad que adquiere la relación salud-mujer-maternidad) como también aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva de las personas no mujeres que tienen capacidad de gestar. (Pérez, 2019)

A pesar de que desde el año 2012, se sancionó la Ley de Identidad de Género, que implica grandes avances en términos de acceso a derechos de la población lgttbi\*, algunos análisis plantean la existencia de una “eugenesia pasiva” en las políticas de salud sexual y reproductiva ya que no contemplan ni admiten la posibilidad de embarazo de personas trans y excluyen la planificación de políticas de fertilidad. (Radi, 2019)

Los movimientos feministas hegemónicos en Argentina, del mismo modo en que se ha caracterizado en los primeros apartados de este trabajo, se ha construido alrededor del lugar de las mujeres desde relatos provenientes de los feminismos hegemónicos blancos y occidentales. Sin embargo, hay un enorme desarrollo los Feminismos populares como fruto del gran desarrollo de los Movimientos sociales que tienen su origen en la década de los 90 y fundamentalmente a partir de la crisis del 2001; de los Movimientos de Mujeres de Pueblos Originarios, de los movimientos lgttbi+ y en menor medida de las luchas de mujeres negras, afroamericanas y los movimientos de “identidad marrón”.

Recientemente, el debate y las disputas de estos movimientos han llevado a discutir el tradicional nombre del “Encuentro de Mujeres” desarrollado desde el año '86 por el de Encuentro Plurinacional de mujeres, lesbianas, trans, travestis, bisexuales y no-binaries, lo que demuestra la importancia que los planteos acerca de la interseccionalidad tienen en el Movimiento Feminista. Algunos ejemplos que ilustran la hegemonía que tienen los feminismos se pueden visualizar en la prioridad que ha tenido en la agenda feminista el derecho al aborto, recientemente logrado el 30 de Diciembre del 2020 luego de décadas de lucha. Este derecho fundamental, fue prioridad en la agenda feminista por sobre otras necesidades de grupos originarios o sectores del feminismo popular. En el debate sobre este tema en el congreso y en la elaboración del proyecto una de las discusiones tuvo que ver con la ampliación del término mujer por el de “persona gestante” para hacer referencia a las personas que desean interrumpir el embarazo. Esto que se manifiesta en Argentina, es parte de una caracterización internacional en donde las políticas de control de la natalidad han significado para las mujeres negras y racializadas formas racistas de disminuir la población pobre e incluso llegar a la esterilización forzada como en el caso de Perú. (Radi, 2019).

Finalmente, me interesa acercar desde la perspectiva interseccional el concepto de “justicia reproductiva” que busca contemplar las distintas dimensiones que afectan a los individuos, sus lugares sociales y sus libertades individuales en el marco de los debates entre salud y género: el racismo, el sexismo, la pobreza, el capacitismo, la orientación sexual, entre otras (Radi, 2019). La justicia reproductiva abarca no solo el debate sobre el aborto, el parto respetado sino que incluye:

(...) la libertad de movimiento, las restricciones migratorias, el alojamiento carcelario, los binarismos raciales y de género, la violencia policial, las representaciones racistas y sexistas, la asignación de recursos a través de políticas fiscales, la asistencia social, los sistemas de atención médica, la asequibilidad de seguros, la disponibilidad de vivienda, las políticas de vivienda, la inseguridad alimentaria (...) (Ross, 2018:292) (Radi, 2019:139)

Este concepto es traído desde los feminismos interseccionales para complejizar la mirada sobre la salud rompiendo con una visión acotada proveniente del Modelo Médico Hegemónico que excluye la multidimensionalidad de la salud. De esta forma, las variables que se contemplan para la elaboración e implementación de políticas en salud y género incorporan dimensiones de raza, clase, etnia, género, edad entre muchas otras, no como suma de factores sino imbricadas y situadas en determinados territorios.

## Conclusiones

A lo largo del trabajo se ha trazado un breve recorrido del Movimiento Feminista y del concepto de género. En el mismo, se caracterizó la manera en que el Feminismo del Siglo XX ha ocultado e invisibilizado las imbricaciones de las dimensiones de género, clase y raza de manera en que construyeron un sujeto único del feminismo “la mujer” y establecieron al patriarcado y a la opresión de género, como características universalmente aplicables a diferentes territorios y contextos.

Los aportes más importantes del feminismo decolonial de la mano de Lugones (2008) y Espinosa (2014; 2019), permiten comprender que el divorcio entre las dimensiones de raza/clase/género, “No se trata solamente de una cuestión de ceguera epistemológica cuyo origen se radica en una separación categorial.” (Espinosa, 2014, p. 5) sino que esta separación categorial entre categorías que son inseparables, es parte de una lógica de disputas dentro del feminismo con una visión blanca, burguesa, colonial y eurocentrada que se convierte en hegemónica. Los aportes tanto de las teorías *queer* como del feminismo decolonial han sido fundamentalmente plantear la interseccionalidad entre estas dimensiones visibilizando la opresión y la violencia que produce la construcción de un sujeto único y universal mujer.

El campo de la salud ha sido influido por estas disputas en torno a la exigencia e implementación de políticas de género y salud. En particular en América Latina y en Argentina se caracteriza por la presencia de un colonialismo sanitario y la influencia del Panamericanismo, por lo cual se desarrollan políticas dependientes y/o condicionadas por los Organismos Internacionales con una visión que parte de las premisas y necesidades del norte global. En el campo de la Salud se observa una visión instrumentalista y despolitizada acerca del género que impacta en las políticas públicas y limita los alcances y debates que los feminismos han dado sobre ese concepto.

En Argentina, en particular, numerosas políticas públicas sanitarias han sido resultado de grandes debates por parte de los feminismos como el aborto legal, políticas de Educación sexual

integral, la ley de identidad de género entre otras, sin embargo, se observa la presencia de un racismo institucional y ausencia de políticas que contemplen las necesidades y problemáticas de las personas lgttbi+ y de las comunidades de pueblos originarios, como así también una invisibilización de la población negra e identidades marrones.

## Bibliografía

- Basile, G. (2020). “La Salud colonizada por el Desarrollo: América Latina y Caribe entre el panamericanismo y la soberanía sanitaria regional”. En: Cap.10 de Medina, T.O. , & Villamar ,M.V. Libro “Pensamiento crítico latinoamericano en Desarrollo. Editorial Catarata (España) el Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación de la Universidad Complut en sede Madrid (IUDC-UCM).
- Basile, G. (2018). “Salud Internacional Sur Sur: hacia un giro decolonial y epistemológico”. En: II Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO. Diciembre, 2018.
- Breilh J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(Supl 1): S13-S27
- Dussel, E. (2000). La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas. CLACSO, Buenos Aires.
- Espinosa, Y. (2019). Hacer genealogía de la experiencia: el método hacia una crítica a la colonialidad de la Razón feminista desde la experiencia histórica en América Latina. *Revista Direito e Práxis*, 10(3), 2007-2032. Ver: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2179-89662019000302007&script=sci\\_arttext&tlng=es](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2179-89662019000302007&script=sci_arttext&tlng=es).
- Espinosa, Y. (2014). Una crítica descolonial a la epistemología feminista crítica. *El cotidiano*, (184), 7-12. Leer: <https://www.redalyc.org/pdf/325/32530724004.pdf>
- Quijano, A. (1999). Colonialidad del poder, cultura y conocimiento en América Latina. *Dispositivo*, 24 (51), 137-148.
- Mattio, E. (2012) “¿De qué hablamos cuando hablamos de género? Una Introducción conceptual” En: Moran Faundes J. y Otros (comp) Reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos. Córdoba: Ciencia Derecho y Sociedad Editorial, pp 85-102
- Menéndez E (2005) El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. Revista SALUD COLECTIVA, La Plata, 1(1): 9-32, Enero - Abril, 2005.
- Perez M. (2019) “Salud y Soberanía de los cuerpos: propuestas y tensiones desde una perspectiva queer” En: Barrancos D., Balaña S. y Otras (comp), Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización, Tinta Limón, Buenos Aires, pp 31-48
- Pisticelli, A. (2009). Género: a história de um conceito. Berlendis & Vertecchia. SD
- Pombo Gabriela (2012). La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politización del género. Revista margen N° 66

- Radi, B. (2019) “Injusticia Reproductiva: entre el derecho a la identidad de género y los derechos sexuales y reproductivos” En: Barrancos D., Balaña S. y Otras (comp), *Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*, Tinta Limón, Buenos Aires, pp 31-48
- Santos D. A. (2020) Video Clase 3 Módulo 1 Diplomatura en Gestión y Políticas de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria, CLACSO.
- Spinelli H (2010) Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, vol. 6, núm. 3, septiembre-diciembre, 2010, pp. 275-293.
- Werneck, J. (2016). Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, 25, 535-549. Ver: <https://www.scielosp.org/article/sausoc/2016.v25n3/535-549/pt/>



## CAPÍTULO 4

# Prácticas contrahegemónicas en salud, vida cotidiana y política de Estado: la coyuntura del cannabis terapéutico

*Federico Pellagatti y Clara Weber Suardiaz*

### Introducción

El objetivo de este capítulo, consiste en realizar un recorrido analítico sobre las prácticas del cannabis terapéutico en clave de práctica contrahegemónica. En nuestro país el marco legal de las mismas es prohibitivo a pesar de la legitimidad que se ha construido. Ante el vacío legal y médico frente a algunas problemáticas de salud, los sujetos y sus familias elaboran estrategias para mejorar su vida cotidiana. El cannabis permite un paréntesis en el dolor y el padecimiento para transformar la vida cotidiana que centralmente implica rupturas y autonomías de distinto orden en relación al paradigma médico hegemónico.

Estas reflexiones parten de nuestro trabajo con distintas organizaciones de cannabis terapéutico, usuaria/os y desarrollos de proyectos de extensión de la Universidad de La Plata. A la vez hemos realizado una sistematización bibliográfica de las experiencias en nuestro país y distintas investigaciones, que muestran una ausencia de producción rigurosa respecto a estas prácticas que excedan la gramática biologicista y prohibicionista. Nuestra perspectiva epistemológica se basa en los parámetros que imprime la dinámica inherente de la práctica profesional en el ámbito de la salud colectiva.

En función de que esta temática está instalada en un contexto de prohibición, llegamos a interrogantes de cómo la política pública podría incorporar algunos de ellos, como matriz para la mediación institucional. Las prácticas autogestivas de la/os usuaria/os han demostrado tener efectos positivos en el mejoramiento de su calidad de vida, transformando la cotidianeidad de su dolor, y transformando singularmente dimensiones puntuales de tan compleja variable. Estas experiencias son sumamente disruptivas para generar interrogantes frente a la política pública de salud, y cuáles cuestiones deberían incorporarse para pensar políticas de salud más accesibles e inclusivas.

## Prohibición y vida cotidiana

Me escucho y sigo. Porque mucho de lo que está prohibido me hace vivir

No me persigo. Porque mucho de lo que está prohibido me hace feliz

Callejeros

Desarrollaremos el presente trabajo en base a dos definiciones. La primera es que las prácticas en salud en nuestra historia contemporánea, e independiente del tipo de gobierno y forma de Estado (Giménez, G 1989) son signadas central y casi exclusivamente, por el quehacer biomédico. Esta centralidad compuesta de múltiples aristas, ubica al sujeto en un lugar pasivo, le da al tratamiento medicamentoso casi total capacidad de resolución. Y paradójicamente su robustez se argumenta en dos nociones centrales que son la reducción del concepto de salud a una lectura biológica de la categoría, y también por un “no saber”. Porque un paradigma no se constituye solo con teoría, sino también con método, un método y un saber reservado a ciertas disciplinas que gnoseológicamente desconocen la reciprocidad y la dialéctica como vehículo del saber. Y en tanto hegemónicas establecen con su “no saber” un tipo de registro sobre el universo, que ubicando a ciertas disciplinas en la centralidad del interrogante a resolver, anula a las demás. Al mismo tiempo que impone su dinámica y tiempos del saber, como exclusivos y únicos. Son las implicancias de los privilegios hegemónicos en el saber: en ciertos temas solo nosotros podemos saber, aun no sabiendo. Con lo cual las discusiones acerca de la “salud” se reservan a expertos y científicos.

Pensando esta paradoja basada la recíproca relación saber/nosaber, es donde se deben pensar los alcances que tiene el saber, al momento de pensar política pública, intervención del Estado como mediación sistematizada con la sociedad pero también para comprender las rupturas subjetivas en los “pacientes”, usuarios, devenidos en actores, en lo que a cannabis refiere.

La segunda definición tiene que ver con comprender el paradigma prohibicionista como inmanente en las prácticas terapéuticas vinculadas al uso de cannabis (y también de otras sustancias ilegales).

En lo que respecta a prácticas terapéuticas, el concepto de prohibición es una categoría que se expresa de formas múltiples, excediendo así la noción formal y legal.

El prohibicionismo en tanto paradigma tiene su arraigo en las representaciones, en los imaginarios, en las formas sociales, en las íntimas reflexiones por las cuales filtramos, y al mismo tiempo creamos, la noción de mundo en general y de “cannabis” en particular.

Estas dos definiciones entendemos que son de central importancia para comprender los parámetros de lo que significa hegemonía al momento de pensar las prácticas terapéuticas con cannabis en base al autoabastecimiento por cultivos propios. Este tipo de prácticas implica una transformación de la vida cotidiana de los sujetos, debido a que implica asumir responsabilidades y riesgos respecto a la producción de su propia “medicina”, y que suele incorporar a otros integrantes de las familias.

La vida cotidiana no se funda en un quehacer reflexivo, definido estratégicamente. No tiene la reflexión como parámetro. La vida cotidiana es la condición excluyente para la hegemonía, pero también lo es para la contrahegemonía. En este sentido, preferimos pensar la vida cotidiana como el ámbito real donde se irán acumulando experiencias disruptivas. Momentos singulares que escapan a la hegemonía sin caer en la extrañeza, donde se irán sucediendo y asimilando, distintas interrupciones de “lo dado”, “lo normal”, para generar un acumulado de paréntesis y suspensiones de lo cotidiano, que en sí mismo no significan nada, pero que acompañados de una intervención profesional en clave de perspectivas de derecho, permitirán viabilizar prácticas contrahegemónicas más orgánicas. Al mismo tiempo, estas prácticas nos resultarán menos extrañas, porque saliendo de los parámetros hegemónicos en salud, la/os usuaria/os no sienten incertidumbre en realizarse por fuera de tal paradigma, lo cual nos permite pensar la iniciativa y creatividad en la intervención profesional como un hecho histórico de producción y creación, estableciendo nuevos parámetros para considerar como actores a los sujetos que el paradigma en cuestión nombra como pacientes. Es decir, que es en la vida cotidiana que se constituye la base para que puedan producirse las rupturas necesarias que permitan la transformación.

El sentido común del prohibicionismo construye un concepto en torno al significado que le da una planta; y en tanto significativo y representación busca ser incorporada como un elemento con determinadas características naturales (naturalizadas en verdad), históricas, fundantes. La prohibición, la ley heterónoma<sup>9</sup>, busca condicionar, paradójicamente, todas las formas de imaginación inherentes al ser humano como sujeto social (Castoriadis, 1975).

Lo que podemos observar es que los usuarios que incursionan en la terapéutica cannábica conocen esta hegemonía, la expresan incluso como una limitación a sus propias prácticas. Esto se expresa en la lucha para que se reconozca la inscripción de estas prácticas en una historia clínica, la devolución de cultivos en caso de allanamientos, el no acompañamiento médico en la terapéutica, y sobre todo cuando los tratamientos conocidos no son efectivos. No hablamos de una patología en particular. Hablamos de todas las patologías donde fracasa la alopática. Por lo que conocemos hasta ahora, mayoritariamente la/os usuaria/os llegan al cannabis como último recurso. Fundamentalmente porque los efectores de salud y la medicina no acompaña, estas prácticas “ilegales”, habiendo algunas excepciones, y es recién cuando aparecen los efectos deseados de la terapéutica, que comienzan los interrogantes. Si fuera la primera opción, en sí misma sería una práctica contrahegemónica, pero lo que la convierte en contrahegemónica, son la cantidad de interrogantes que se generan en la cotidianidad de una persona o familias que hacen uso del cannabis.

Quienes incursionan en cannabis con fines terapéuticos tienen bajo control un sin fin de interrogantes. Interrogantes, que si se resuelven o no, de todos modos sirven para movilizar y alterar

---

<sup>9</sup> Para Castoriadis, la heteronomía es lo opuesto a la autonomía. Donde se le atribuye un origen extrasocial a las leyes que los gobiernan, como si no fuera obra de los propios sujetos humanos, como si todo fuera un instituido, perdiéndose la noción de la capacidad instituyente del colectivo. (Castoriadis:2008)

la vida cotidiana en este plano. Resulta paradójico porque a diferencia de un paradigma, que en tanto teoría, su núcleo central se acepta sin cuestionar y es al mismo tiempo la base y modelo para resolver problemas y avanzar en clave de certeza, la/os usuaria/os de cannabis se movilizan por los interrogantes, muchas veces similares a la incertidumbre, y es a partir de esa condición que generan certezas. El uso terapéutico de cannabis se da a partir de un ejercicio individual de responsabilidad solventado y sostenido por una acción solidaria de un tercero, aquel grupo o persona que acompaña desde la escucha hasta la formación en cultivo y producción de resinas, a quienes incursionan en esta terapéutica. A diferencia del modelo vertical y monolítico del paradigma en salud, el cannabis permite pensar interrogantes que se resuelven en el hacer y en la obtención de las buenas prácticas y los buenos resultados. El interrogante tiene una dimensión cualitativamente distinta en esta práctica a diferencia del lugar que se le da en el paradigma hegemónico, como no saber.

La vida cotidiana de la/os usuaria/os del cannabis terapéutico tiene este marco como inscripción de lo diario, es el escenario desde donde, si se quisiera reflexionar sobre el hacer, se piensa sus propias prácticas. En este punto, nos resulta interesante el concepto de elucidación de Castoriadis que: “es el trabajo por el cual los hombres intentan pensar lo que hacen y saber lo que piensan” (1975, p. 12). Es una interrogación reflexiva sobre lo que hacemos, pensamos y damos por sentado como un saber válido, natural o establecido. Es un trabajo de problematización que implica revisiones y deconstrucciones provisorias, donde se reflexiona sobre lo hecho, mientras se arriba a la posición de pensar de otro modo lo que se sabe y poner en cuestión el sentido común, nuestros esquemas de percepción arraigados, las significaciones sociales que ordenan nuestras vidas, posibilitando un campo de saber más autónomo. Que no quede atado al paradigma bio-médico. (Weber Suardiaz, 2010, Fernández, 2016)

La prohibición es una categoría construida histórica, social, cultural y subjetivamente. El concepto de prohibición es un dispositivo inmanente al control, el castigo, el señalamiento y la construcción de estigma como mecanismos de control. Si este paradigma es el que ordena la vida cotidiana, no quedan muchas opciones de pensar otras posibilidades.

Entre los principales marcos argumentativos, el argumento científico es el de mayor relevancia. El dato aislado, numérico, cuantitativo, recortado de todo tipo de impureza, representa para el paradigma hegemónico en salud y prohibicionista, el principal aliado en términos de legitimación. Queremos resaltar la importancia de la teoría y el conocimiento científico como posibilidad de avance de nuestras sociedades, no obstante si la teoría o el método se enquistan en ordenar los acontecimientos y las prácticas, obtura la posibilidad de rescatar lo nuevo que puede emerger. La teoría no puede pensarse como una doctrina o dogma, sino como una serie de construcciones que nos debe permitir pensar y reflexionar, es decir, elucidar procesos y prácticas.

## La transformación en la vida cotidiana de los sujetos

Es en tu cabeza donde está el vidrio, más duro y más resistente,  
sí lo rompes te vas a dar cuenta, que poco cuesta romper una vidriera  
-Acción Directa

A nivel mundial, después de la industria de las armas, el mayor poderío económico es del conglomerado fármaco industrial representando el 1,3% del PBI mundial.<sup>10</sup> A nuestro entender, la capacidad de acumulación financiera no está centrada en la obtención de una patente o un medicamento a base de cannabis. De hecho existen algunas drogas en circulación (Nabiximol, Epidiolex, Nabilona, Dronabinol entre otras) y no se caracterizan por la masividad ni popularidad de sus usos, y esto quizás tenga que ver con la eficacia y accesibilidad a dichos medicamentos.

Lo que nos interesa poner de manifiesto es lo accesible que resulta para las personas, en ciertos sentido, el cultivo de cannabis, la producción de resinas, tinturas, flores, ungüentos, etc y la efectividad en los tratamientos. Es barato, accesible y eficaz y con bajos efectos secundarios.

En nuestro recorrido profesional, podemos corroborar cómo mucha/os usuaria/os de cannabis con fines terapéuticos van reduciendo dosis de medicamentos alopáticos, con o sin consentimiento de sus médicos de cabecera. Y esta es la principal cuestión económica a considerar: miles y miles de consumidores crónicos de medicina industrial comienzan a incursionar en el cannabis, con mejores resultados y con costos económicos muy bajos. Incursionar en la terapéutica cannabica es sinónimo de dejar los medicamentos industrializados como opción principal habría que estudiar qué porcentaje representa de la facturación global del complejo industrial farmacéutico, millones de personas en el mundo consumiendo menos droga alopática reemplazándola, en este caso, con cannabis. El *lobby* central tiene que ver con no alterar esquemas de consumo, y mantener todas las doctrinas que redundan en acotar salud a medicamento, y desde este imaginario sostener toda la infraestructura institucional al servicio de este particular modelo de acumulación.

Existen evidencias concretas que son plasmadas en recursos de amparo que se elevan a la justicia con fines de lograr permisos para el autocultivo, y en esos amparos van las historias clínicas, los cuadernos de campo con la firma del médico/a acompañante de ese usuaria/o. De hecho en Argentina hubo al menos 3 casos<sup>11</sup> donde a partir de esta evidencia, la justicia habilitó el autocultivo como forma de acceso a la terapéutica cannabica, basados en los registros de la clínica, como documentación probatoria.

---

<sup>10</sup> Ver para mayores referencias: <http://www.laizquierdadiario.com/Las-ganancias-millonarias-de-la-industria-farmacéutica>. Consultado 10/8/20

<sup>11</sup> Para algunas referencias ver: <https://www.infobae.com/sociedad/2018/07/06/la-justicia-habilito-a-una-abuela-de-rio-negro-a-cultivar-cannabis-para-su-nieto/>; <https://www.mpd.gov.ar/index.php/noticias-feed/6242-la-corte-suprema-confirmando-el-autocultivo-de-cannabis-medicinal-con-control-estatal>  
<http://www.lt9.com.ar/15126-la-justicia-federal-de-santa-fe-rechazo-un-amparo-para-cultivar-cannabis-medicinal>. Consultados 2.8.22

Este fenómeno está creciendo de manera exponencial, los testimonios de usuaria/os que dicen haber mejorado al incorporar el cannabis a sus terapias son cada vez más abundantes. Los mismos tienen una difusión a través de redes sociales y medios de comunicación asociados a las nuevas tecnologías que han proliferado y permiten el armado de redes que esquivan de alguna forma la prohibición.<sup>12</sup> En la mayor parte de los casos, estos preparados son de calidad y composición desconocida, pero la necesidad urgente de tratar patologías severas en las que la medicina tradicional no ha dado respuestas, han hecho que el uso terapéutico haya crecido, y se haya instalado el tema de discusión en las agendas públicas sanitarias.

La mayoría de los textos e investigaciones médicas no son concluyentes con la seguridad y efectividad del uso del cannabis terapéutico. Ramos Atance (2017), menciona en su compilación de *papers* académicos como conclusión, que ni los médicos, ni los pacientes ni los investigadores básicos creen que las preparaciones no controladas sean la mejor solución para tratar enfermedades crónicas y graves, pero que hasta que las investigaciones no avancen tampoco puede negarse esa posibilidad a los pacientes. Asimismo se reconoce, el éxito del cannabis en determinadas patologías en la experimentación con animales, sobre todo en relación al tratamiento para el dolor y como terapia alternativa al cáncer, pero advierten que la evidencia científica en humanos requerirá de varios años más de validación. La mayoría de los *papers* científicos publicados en reconocidas revistas de investigación, marcan esta tendencia. Pero a pesar de esto, proliferan la/os usuaria/os debido a que el uso brinda una solución real a sus padecimientos.

También queremos subrayar que muchas investigaciones e incluso políticas sanitarias se centran en el CBD, excluyendo el THC, con distintos argumentos. En este punto entendemos que se trata de una postura conservadora, que intenta desarmar la idea del cannabis en su conjunto. Diversas investigaciones puntualizan que el CBD no sólo potencia los efectos beneficiosos del THC, sino que disminuye sus efectos adversos. Esto se debe en parte a su potente actividad ansiolítica y antipsicótica, y en parte a su capacidad de inhibir el procesamiento metabólico del THC (McPartland y otros, 2014). Esto se llama: efecto séquito, que surge de la interacción funcional entre cannabinoides y componentes no cannabinoides de la planta. (Russo, 2011).

En este punto, queremos retomar el prólogo del libro de la Historia de Mamá Cultiva en la Argentina, ya que entendemos que identifica los puntos que venimos mencionando:

Jamás pensé que lo que imaginaba como el último período de mi ejercicio activo profesional lo marcaría la marihuana medicinal. Las familias y las madres me llevaron a audiencias públicas para dar testimonio ante diputados, legisladores, autoridades, en su lucha por la Ley de Cannabis Medicinal. Lucha que pasó a ser mi lucha también. Fue entonces cuando conocí un mundo desconocido de colectivos, organizaciones sociales identificadas con el cannabis y

---

<sup>12</sup> Ver páginas: <http://www.fundaciondaya.org/>; <https://www.mamacultivaargentina.org/>; <http://cannabisgotasdeesperanza.com/testimonios/> entre otras.

de familiares en su dura batalla cotidiana por mejorar la calidad de sus vidas, y la de los suyos. Conocí organizaciones que desde hace muchos años bregan por el reconocimiento de las propiedades terapéuticas de la marihuana. (Dr. Magdalena en Salech, V, 2019, p.6)

Este testimonio, entre tantos otros, ejemplifica que es lo que ocurre cuando uno se descentra del paradigma prohibicionista, el paradigma científico y puede pensar en términos de salud pública y colectiva. Esto permite no solo mejorías en los cuadros de padecimientos, sino transformaciones en los sujetos que forman parte de esos procesos: profesionales de la salud, madres, familiares y usuaria/os, ya no vuelven a ser los mismos luego de internalizar que ellos también tienen poder y decisión en los aspectos de su salud.

La vida cotidiana es el ámbito de la vida de los sujetos y, por ende, es una determinación insuprimible de la vida social. Es decir, sin cotidiano no hay posibilidades de existencia y desarrollo de los sujetos y la sociedad, estos procesos adoptan formas particulares según el momento histórico y la clase social a la que pertenezcan. En esta conjunción de condicionamientos materiales, subjetivos, simbólicos, representacionales etc., que implica la vida cotidiana, irrumpen las enfermedades/ malestares acomodándose para formar parte de la misma. Cualquier enfermedad y/o padecimiento implica un trastocamiento de lo cotidiano, no solo para la persona sino para sus referencias vinculares.

Decíamos que la vida cotidiana se va reproduciendo socialmente, de manera invisibilizada. Y a partir de los interrogantes que genera el cannabis, es que un sujeto se comienza a dimensionar sobre sí mismo. Le toca considerar y valorar su propia práctica como ilegal o como legítima. Esta reflexión básicamente corre de eje las premisas del prohibicionismo, que se centra sus argumentos en elementos ajenos, desconocidos y que no están bajo dominio de las personas, y pone la centralidad de la reflexión en una acción concreta del día a día. El prohibicionismo no tiene como antagonista el autocultivo. El antagonismo de la prohibición es la autonomía. La autonomía consiste en poder decidir sobre las propias leyes que rigen las vidas, a partir de cuestionar lo que parece incuestionable, de imaginar lo que no podía ser imaginado, consiste en ser partícipe de las decisiones, no en una forma liberal de que cada uno hace lo que quiere, sino enlazado a formas colectivas de cuestionamiento y luchas (Castoriadis, 1997). De esta forma la autonomía es la posibilidad de cuestionar los instituidos.

La prohibición genera los propios anticuerpos para la evitar la erosión del instituido. Y la autonomía, la misma que invita al sujeto a incursionar en el autocultivo, es la que desbarata los entramados repetitivos y absurdos de la prohibición. Este es el momento inicial donde la hegemonía, es decir el consenso, que tiene el prohibicionismo y determinado modelo de concebir la salud, comienza a crujir.

Podemos intervenir profesionalmente en base a cuestionar los consensos en el campo de la salud, impuestos por el prohibicionismo, y pensar prácticas contrahegemónicas. No es que consideremos que un proceso de ruptura comienza con nuestra práctica. Nos parece relevante el escenario que genera el autocultivo en torno a poder producir estas rupturas son posibles dada la legitimidad y extensión de la práctica, entendida como práctica social, de los sujetos

que hacen uso del cannabis con fines terapéuticos, este es el sentido de la construcción de una salud colectiva.

Y pensar estas coordenadas para el desarrollo de política de Estado es totalmente pertinente.

En este punto creemos que este proceso tiene mucho para aportar a las profesiones que trabajan en el campo de la salud. Aunque la intervención profesional en este eje sea temporal y/o discontinua, el cúmulo de rupturas y suspensiones provisorias de la vida cotidiana es lo que cuenta.

Esto es porque la dimensión tiempo, al momento de ordenar un conjunto de rupturas con el orden cotidiano, tiene un lapso total de lo que dura un encuentro en un proceso de intervención. Lo que sucede un día es lo que sucede todos los días. Ahí reside su cualidad de certeza. Y ese es precisamente el potencial. Esto significa que la suspensión de la vida cotidiana, si bien es efímera (porque es breve y no se conduce inmediata y automáticamente a un nivel ascendente) en tiempos históricos, es sustancial en términos de cultura política y subjetividad que esté en condiciones de procesar rupturas. Esto es evidente en los tipos de rupturas que representan las personas usuarias. Pasan de ser sujetos, a actores de un escenario y de una agenda (Pellagatti y Weber Suardiaz, 2018). Están en condiciones de ejercer la disputa contra los aparatos ideológicos del prohibicionismo, pero ahora en primera persona.

Son prácticas disruptivas que tienen parte de pura creación y ejercicio de poder, y tiene una parte de reproducción basada en la naturalización de las formas del saber científico como efectores de verdad. La palabra hegemónica, el nombrar hegemónico.

Aunque debemos decir que ahí está, en la palabra y el saber hegemónico, uno de los principales contrapuntos y la principal evidencia de esta tensión dinámica de las prácticas instituyentes existe en el marco de la prohibición, como lógicas epistémicas y sociales.

Hay dos ideas que podemos desarrollar para consolidar nuestra posición: el pasaje diferencial que existe en términos de percepción y autopercepción. Con la expresa singularidad que la autopercepción en sí misma ya es un acto de autonomía, y que llamativamente se termina por consolidar como rasgo distintivo de lo que llamamos prácticas de uso del cannabis, y que son redes cada vez más extensas y cada vez más efectivas y diversificadas redes de funcionamientos. Ejercer la autopercepción como reflexión es quitarle efectividad a la prohibición como dispositivo de control. En términos de análisis institucional, el “autocultivo” podría funcionar como un analizador que nos permitirá develar opacidades y silencios de la institución “Salud”.

## Conclusiones

Hacer de la salud un estatuto libertario

Dora Barrancos

A modo de conclusión nos parece necesario pensar las prácticas terapéuticas con cannabis como una maqueta a escala de una práctica en salud global. Estamos frente a un tema que tiene



oportunidades e insumos para pensar una política pública en salud basada en la autonomía como hecho político, en relación a la mediación que el Estado establece en su quehacer cotidiano.

El tema entró en la agenda por las condiciones cualitativas de los usuaria/os, al reconocer en primera persona la efectividad de la promoción y la capacitación, como ejes para el funcionamiento de una terapéutica. La dinámica con la que irrumpe en la agenda pública tiene que ver con las relaciones horizontales, el boca en boca, los encuentros formativos, las charlas, talleres etc, que la/os usuaria/os agrupada/os en colectivos, asociaciones, grupos etc, llevan adelante. Esa forma de hacer, de la promoción y la capacitación, establece coordinadas que son susceptibles de ser incorporadas al diseño de una política pública al respecto. La mayoría de la/os usuaria/os incursiona en la terapéutica acompañado por otros usuaria/os. Este parámetro, es clave para comprender el hecho político de la autonomía, pero además es fundamental para pensar una política pública, que tenga como elemento vertebrador la participación y el involucramiento.

Del mismo modo que las prácticas con cannabis nos permiten pensar en diseño de políticas públicas de un nuevo orden, también nos permiten ordenar ciertas reflexiones en torno al campo de la salud. El recorte biologicista de la salud es el necesario desconocimiento de la persona, porque la biología desconoce problemas y cuestiones de autonomía o dignidad. El recorte biologicista opera de manera reduccionista, sometiendo la complejidad histórica de un sujeto a un mero enunciado disciplinar, dejando por fuera todo tipo de subjetividades, acciones, nociones, sentimientos, sensaciones etc, que hacen al enfoque de salud. El paradigma hegemónico en salud tiene esa simple particularidad de tomar una parte e imponerla como el todo. Y lo que queda afuera de todo, esa profilaxis hermenéutica son las respuestas y certezas acumuladas fruto de la interacción con otros actores, en la misma sintonía, en un marco de empatía, resolviendo positiva y recíprocamente cuestiones en salud que el modelo hegemónico no pudo resolver. Por eso, es necesario hablar desde una perspectiva y no de un paradigma. Es en base a la autonomía del quehacer cotidiano, inscripta en una lógica autogestiva y horizontal, que el acceso a salud se convierte en un hecho digno, y no en un mero atropello científico anónimo, inconducente y reduccionista.

Por último, es necesario reflexionar sobre quienes son las protagonistas centrales de todo este proceso. Si bien históricamente el patriarcado ubica a las mujeres en el rol del cuidado de la familia, nos parece fundamental reconocer que las principales referentes en este tema son mujeres. Este complejo proceso, llevó a que esta práctica sea parte de la agenda legislativa y política de nuestro país y del continente. Mujeres haciendo, mujeres luchando por calidad de vida, mujeres que, con el deseo de cambiarlo todo establecieron un escenario donde las voces diversas no se ahogan, donde la diferencia no es debilidad, y donde se contraponen unanimidad con unidad.

Entendemos que la fuerte amalgama entre mujeres y cannabis, se forja, en principio, desde un lugar instituido, donde las mujeres ejercen el rol más tradicional de cuidado en las enfermedades/padecimientos en el cotidiano. Desde allí surge la ruptura, ya que son ellas, quienes tienen experiencia de luchar por sus propios cuerpos y lo que se dice de ellos. El acceso al cannabis

tiene que ver, con recuperar el control del propio cuerpo y en ese tránsito descubrir otros cuerpos y la potencia que tienen al juntarse. De allí que la articulación mujeres y cannabis implica un desafío al individualismo. En palabras de Pérez, M. se trata de: “el desafío de encontrar un equilibrio entre disputar aquella soberanía, defender el derecho a decidir sobre nuestros propios cuerpos, y a la vez reconocer la interdependencia y la vulnerabilidad como algo no sólo existente, sino positivo y potente.”(2019, p. 47)

En la misma sintonía que avanza el feminismo, avanza este tema que desarrollamos en esta presentación. Sabiendo que de errores y aciertos se consolida una nueva visión del mundo, sin modelos a seguir, con el entusiasmo de no tener nada que perder, paradójicamente por haber perdido tanto. La dinámica autogestiva, solidaria y horizontal de las prácticas con cannabis, sólo han servido para llevarnos a mejores lugares, a mejores posicionamientos para la discusión y la acción pública. Esperamos que estas coordenadas de la acción y del pensamiento, nos lleven a victorias duraderas en clave de política pública y al mismo tiempo nos coloquen en una relación más vital y empática con nuestras preguntas sobre el cómo conocer. Porque al igual que el cannabis, quien siembra convicciones, cosecha victorias.

## Bibliografía

- Barrancos, Dora (2019) Prólogo en Fundación Soberanía Sanitaria (compiladoras) (2019) Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización. Ed Tinta Limón. Bs. As.
- Castoriadis, C. (1975) *La institución imaginaria de la Sociedad I*. Barcelona. Tusquets Editores.
- \_\_\_\_\_ (2008) Poder Política y Autonomía. En Castoriadis, C (2008) El mundo fragmentado. La Plata. Ed. Terramar, pp. 13- 25.
- FERNÁNDEZ, Ana Maria (2016) La Imaginación Colectiva y Anónima: Introducción a algunas ideas de C. Castoriadis. En Revista Diferencia(S). No2. Año 2. Mayo 2016. Argentina. Pp.194-213.
- Fundación Soberanía Sanitaria (compiladoras) (2019) Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización. Ed Tinta Limón. Bs. As.
- Giménez, G (1989) Poder, estado y discurso. Perspectivas sociológicas y semiológicas del discurso político-jurídico. Instituto de Investigaciones Jurídicas – UNAM. México.
- Heller Agnes (1987) *Sociología de la vida cotidiana*. Buenos Aires. Ed. Península.
- Lewkowicz, I. (2004) *Pensar sin Estado: la subjetividad en la era de la fluidez*. Buenos Aires Ed. Paidós.
- McPartland, J. M., y Russo, E. B. (2014). Non-phytocannabinoid constituents of cannabis and herbal synergy. En R. G. Pertwee (2014) *Handbook of Cannabis* (pp 280-295) ed.Oxford: Oxford University Press.
- Muñoz, M. y Rojas, C. (2019). (Trans)formación del habitus y revolución científica: una superación del paradigma prohibicionista en el campo de las drogas. *Revista Cultura y Droga*, 24 (28), 43-61. DOI: 10.17151/culdr.2019.24.28.3.
- Pellagatti, F. y Weber Suardiaz, C. (2018): Acceso a la salud y cannabis: Las instituciones en

- pugna, las realidades en disputa. Autogestión y solidaridad versus monopolio y represión [artículo en línea]. *Conciencia Social*. Revista digital de Trabajo Social. Vol. 1, Nro. 2. Carrera de Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UNC. pp. 146-162. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/19945>
- Perez Moira (2019) Salud y soberanía de los cuerpos: propuestas y tensiones desde una perspectiva queer. En Fundación Soberanía Sanitaria (compiladoras) (2019) *Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. Ed Tinta Limón. Bs. As.
- Ramos Atance J, M (2017) (coord.) *Efectos terapéuticos de los cannabinoides*. Madrid. Instituto universitario de Investigación en Neuroquímica de la Universidad Complutense de Madrid.
- Feilding, A. (coord.) (2013) *Políticas sobre el cannabis*. México. Fondo de cultura Económica.
- Russo, E. B. (2011). Taming THC: potential cannabis synergy and phytocannabinoid-terpenoid entourage effects. *Br. J. Pharmacol.* 163, 1344–1364. doi: 10.1111/j.1476-5381.2011.01238.x
- Salech, V (2019) *La historia de Mamá Cultiva Argentina*. Buenos Aires. Editorial B.
- Sanchez, C. (2017) Preparaciones de cannabis utilizados con fines terapéuticos en Ramos Atance J.A. (coord.) (2017) *Efectos terapéuticos de los cannabinoides*. (pp15-25) Madrid. Instituto universitario de Investigación en Neuroquímica de la Universidad Complutense de Madrid.
- Suárez Salazar L (2003) Geopolíticas y drogas en el Hemisferios occidental: Apuntes para una actualización. Recuperado de [http://www.mamacoca.org/FSMT\\_sept\\_2003/es/doc/suarez\\_geopolitica\\_drogas\\_es.htm](http://www.mamacoca.org/FSMT_sept_2003/es/doc/suarez_geopolitica_drogas_es.htm) 3.8.2020
- WEBER SUARDIAZ, Clara (2010). “La problematización como herramienta desnaturalizadora de lo social” en *Revista Escenarios* 15. Año 10, Nro 15. La Plata, FTS-Espacio Editorial.

## CAPÍTULO 5

### Entre la afectividad y el mandato social.

### El cuidado de familiares en personas privadas de libertad

*Natalia Rocchetti*

#### Introducción

En este capítulo me propongo tomar uno de los aspectos de mi trabajo final de posgrado en el marco de la Especialización en Políticas Sociales de la Facultad de Trabajo Social. El objetivo del mismo es indagar sobre las estrategias que despliegan detenidos/as en unidades penitenciarias y familiares de los mismos para lograr el acceso a la atención sanitaria.

En el trabajo de entrevistar a familiares fue surgiendo el tema del cuidado en relación al lugar que ocupan los referentes familiares en el acompañamiento de personas privadas de libertad.

En las entrevistas surgió en primera instancia que quienes acompañaban a esos varones eran mujeres: madres, parejas o hermanas y en quienes aparecía cierta idea de culpa o responsabilidad. Así como también cierta contradicción entre “ayudar” a su familiar y no querer hacerlo o sentirse obligada sólo por ser familiar.

En este sentido me propongo considerar dos aspectos en este trabajo, por un lado analizar la tarea de reproducción del cuidado de las mujeres que acompañan a personas privadas de libertad y por otro considerar cómo ese lugar puede no sólo ser de víctima sino también de lucha y apuestas por la transformación. Esto será analizado a partir de los aportes de Gago Verónica (2019) respecto del patriarcado del salario y los procesos de cuidado.

También serán considerados los debates de Elizabeth Jelin para poder analizar cómo las vidas de estas personas suelen ser consideradas desde la precariedad que se construye en los lugares de encierro y como la potencia feminista también permitiría transformar esto.

Por último se realizará una breve reflexión sobre la necesidad de políticas de cuidado para la población estudiada.

## Las tareas de cuidado

Me interesa retomar en primer aspecto la tarea que desarrollan las familiares de las personas privadas de libertad y enmarcarlo en lo que Verónica Gago refiere como triple jornada, siendo el trabajo fuera de la casa, en la casa y en la producción de vínculo y redes de cuidado.

Estas tareas se encuentran asociadas a reemplazar derechos que debería garantizar el Estado pero también se trata de cuidados y acompañamientos desde la afectividad que son encargados por mujeres (seguirlos a cualquier unidad que vayan, ir al juzgado a reclamar, cuidar sus hijos, darles lugar en la casa cuando salen). Generalmente estas tareas suelen ser realizadas por las mujeres de las familias agregando un esfuerzo extra a su cotidiano.

Y en ese despliegue de actividades surge también en las madres el sentimiento de responsabilidad por su hija/o que no siempre genera elecciones de acompañar sino también la culpa de no hacerlo y la obligación de hacerlo por ser la madre.

En este sentido, me parece interesante el planteo de Verónica Gago (2019) en relación a cómo se mide una tarea de cuidado que también pone en juego el afecto y la subjetividad, pero también considerando que esa subjetividad ha sido construida socialmente a partir de determinadas significaciones en relación a qué implica ser una buena madre y cómo se debe cuidar aun hasta el hartazgo.

En este sentido me interesaba retomar algunos fragmentos de entrevistas realizadas a familiares de personas privadas de libertad que evidencia esta tarea de trabajo de cuidado efectuada:

Quando lo iba a visitar lo veía mal, lo veía con la cara amarillenta y cuando se trata de la salud uno se preocupa. Y un día googleé y vi que la cáscara de huevo triturada, tostada, la dejás y es buena, para el hierro, y otras cosas, el estaba anémico. La puse en un frasquito y le puse hierro y me la dejaron pasar. En otra oportunidad la familia le ha comprado vitaminas. (Entrevista a K, familiar de persona privada de libertad)

Yo soy la que más habla con el defensor, es preocupante porque corre peligro, tuvo neumonía, hemos viajado al Juzgado y nos respondieron: ya pasaron varios años y no le pasó nada. Y nosotros tenemos miedo. Siempre encontramos la manera de mandarle cosas, ahora se complicó, no le mandamos la misma cantidad. (Entrevista a K, familiar de persona privada de libertad)

Hemos hecho de todo por M, por esta causa, que es injusto que esté detenido, hemos viajado a Mercedes, a La Plata, con su mamá y dos hermanos con los que tiene más vínculo. Por esta causa hemos hecho de todo. (Entrevista a K, familiar de persona privada de libertad)

A mí me preocupa, con él siempre estábamos en contacto, le mandamos por encomienda, dice que él está mal porque no lo atienden, nosotros le llevamos

cosas, mercadería, pastilla para los dolores, pañales. (Entrevista a V, hermana de detenido privado de libertad)

Él era jodido, ahora está más tranquilo, yo lo veo arrepentido ahora” Y “un rato te enojás con él, y después no lo podés ver mal., yo le dije, mirá que si salís ahora tenés que portarte bien””Hacelo por tu hijo y nosotros” (Entrevista a V, hermana de detenido privado de libertad)

Yo últimamente trabajo para él y lo mismo me pasa con la medicación. (Entrevista a A, madre de detenido)

Me preocupa el covid, si le agarra no se cómo lo va a encontrar. Como madre sufro un montón por todo lo que pasa y a la vez pienso que ya pasó por eso y volvió a caer. Pero tampoco es mi culpa...tengo sentimientos encontrados, me preocupa y a la vez pienso que se arregle (Entrevista a A, madre de detenido)

A dónde no fui, desde que cumplió 20 años me recorrí todos los penales, me cansa y a la vez me da bronca, yo llevo de trabajar, no descanso, ando a las corridas, llevo de trabajar y tengo que preparar las cosas. La que estoy siempre soy yo. Ellos se lavan las manos (por el resto de hijos) y yo siempre estoy. Me ha pasado en Alvear que viajaba sin aire, o bajarme y que esté todo inundado, entraba al penal con los pies mojados, yo ya le dije que sea la última causa. Quiero hacer arreglos en la casa o comer esto otro y no puedo. Pero es mi hijo y me hago cargo, es lo que me tocó. (Entrevista a A, madre de detenido)

En los fragmentos de las entrevistas realizadas se expresa la tarea de esfuerzo y preocupación constante, aparece la frase haber hecho de todo, comprar mercadería, viajar, “trabajar para la persona detenida”, como menciona una de las mujeres. Incluso en familias donde la precariedad y escasez se encuentra a la orden del día lo que lleva a desarrollar estrategias para solventar los gastos.

Asimismo, aparece también cierta tensión, contradicción o pregunta en relación a la obligación del cuidado, en dos fragmentos donde esa tarea se vincula a una obligación o mandato pero también se cruza con la elección y los afectos, así retomo la pregunta que realiza Verónica Gago ¿Cómo se mide la intensidad de un trabajo de cuidado y afecto que pone en juego la subjetividad sin límites y no simplemente una serie de tareas mecánico repetitivas? (2019, p. 22)

Es decir, ese cuidado propinado por mujeres también se encuentra justamente atravesado por el deseo y la “elección” y en este sentido es cuando se torna necesario reconocer el lugar de las significaciones sociales imaginarias que en términos de Castoriadis(2008) tienen una triple función siendo una de ellas justamente marcar/construir la afectividad de época.

## La construcción de agenda pública sobre el tema

Me parece interesante considerar en relación a lo que se viene desarrollando cómo se genera el “salto” entre el cuidado privado, doméstico y en soledad hacia la población detenida con la exigibilidad de derechos y garantías hacia el cuidado.

Justamente en relación a la población detenida opera el imaginario de culpabilidad y responsabilidad individual aun desde las propias víctimas. En los fragmentos de entrevistas aparecían frases vinculadas al tener que hacerse cargo sólo por ser la madre, porque no queda otra, porque si no nadie lo hace.

Aquí aparecen dos cuestiones, una vinculada a la concepción de ese otro y otra cuestión vinculada justamente a correr el tema del plano de lo privado, vergonzoso y de responsabilidad individual.

Y es cuando me parece oportuno retomar las palabras de Judit Butler (2006), en relación a la construcción de *vidas precarias*, qué vidas merecen ser vividas y cuáles merecen ser lloradas ante la muerte. Con esto vinculo cómo en la medida que la población detenida sea considerada como el sector que nada merece y donde sólo aparecen deshumanizados será muy difícil que existan políticas que garanticen sus derechos y que justamente se pueda instalar en la agenda pública como tema de debate.

Aquí entiendo se tejen dos cuestiones, la posibilidad de instalar el tema en el escenario público, y la posibilidad justamente de humanizar la población encerrada. En este sentido, se torna fundamental el lugar que ocupan los familiares, pues si bien aparecen acciones vinculadas al propio esfuerzo, desde la responsabilidad individual también se pueden considerar acciones vinculadas a la lucha que permitiría instalar el tema en la agenda pública. Así retomo las palabras de Verónica Gago (2019, P. 35) cuando plantea que:

Es decir, romper el cerco por el cual la voz feminizada sólo se escucha si relata un episodio de puro horror y violencia, sin que ese relato sea también parte de una enunciación política que desentraña las causas de lo que acontece y se pregunta por las fuerzas necesarias para enfrentarlo.

En este sentido, Laura Pautassi (S/D) desarrolla cómo el cuidado ha quedado relegado a la mujer como parte de una estructura patriarcal y dónde la misma ocupa un lugar de reproductora de las condiciones de vida para producir. En este sentido, el cuidado no suele ser considerado como derecho y cuando es asumido se vincula al trabajo formal, quedando excluidos los sectores que poseen trabajos informales y sin ningún tipo de regulación, de esta manera “se cuida como se puede”.

De esta manera pretende analizar el tema desde una trilogía: el cuidado, los cuidadores y los cuidados. Entiende Pautassi (2008, p. 93) que justamente estos deben obedecer a derechos y por lo mismo políticas públicas permitiendo así sacar el tema de la invisibilidad y desigualdad.

*(...) desde la normativa y la lógica de tratamiento, no se observa que el cuidado en todas sus dimensiones sea considerado el eje de la regulación y de las políticas sino precisamente es calificado, por un lado como herramienta para la inserción de las mujeres en el empleo remunerado, con total prescindencia de la responsabilidad paterna o masculina; o como parte de programas asistenciales en la esfera de ministerios sectoriales. Esto es, se lo considera “vinculado con” o en “relación a” pero no ocurre, salvo excepciones, un tratamiento del tema de manera autónoma y en toda su amplitud y complejidad (...) No se trata de promover únicamente una mayor oferta de cuidado –de por sí indispensable– sino universalizar la responsabilidad, la obligación, la tarea y los recursos necesarios para el cuidado. Será la única forma que trascienda los compromisos inmediatos y que se inserte como un derecho humano fundamental: el derecho a ser cuidado y a cuidar.*

En relación a las tareas de cuidado surgen dos cuestiones, por un lado cómo se puede construir la exigibilidad (garantizando que trascienda del espacio privado) y cómo se pueden generar prácticas autogestivas y colectivas desde el propio colectivo que sufre las problemáticas. Es decir, las poblaciones que acompañan a la población privada de libertad, desarrollan prácticas muchas de ellas vinculadas a lo doméstico y plano individual pero en muchas oportunidades existen lazos de vinculación, cooperación, ayuda entre quienes se encuentran en la misma situación. El tema es cómo trascender el compartir la misma problemática y al mismo tiempo poder construir demandas que puedan ser llevadas en el espacio de lo público. Cómo politizar el reclamo. Y en este sentido me interesa retomar los aportes de Laclau que retoma Verónica Gago (2014, p. 77) en “La Razón Neoliberal” que permite pensar en este planteo:

*¿Pero cómo se piensa ese colectivo? La unidad de análisis de Laclau es la demanda (que implica siempre la posibilidad de un recorrido: de un pedido a su conversión en reclamo o exigencia [request/claim]). Las articulaciones posibles entre demandas constituyen identidades sociales con diferentes niveles de universalización de sus exigencias (...) El supuesto lacaniano es clave: el sujeto-pueblo siempre es sujeto de la falta, “siempre emerge a partir de una asimetría entre la plenitud (imposible) de la comunidad y el particularismo de los sitios de enunciación”*

Es por ello que me pregunto cómo se pasa de considerar esa falta en términos individuales a colectivos, en un tema en el que lo oculto juega un lugar central, lo vergonzoso y la condena moral y social que implica establecer que la población detenida no será digna de derechos y por lo cual se extiende esa condena a las familias.

Es por ello que considero que aquí juega un lugar central el lenguaje. Cómo se puede visibilizar a través del mismo las problemáticas de la población considerando también como aspecto central la humanización de los sujetos víctimas de encierro. En la medida que sean considerados



sólo desde su monstruosidad será muy complejo que se organicen y concreten prácticas protectorias de sus derechos.

En este sentido, es que me parece interesante como tema a profundizar las prácticas de resistencia de las poblaciones familiares de privados de libertad y cómo en ellas se puede encontrar no sólo “*lo paliativo individual*” sino el germen de prácticas estratégicas y colectivas de reclamo. Entiendo que ahí reside la potencia transformadora que permitiría instalar el debate desde otros sentidos y con otras exigencias. No sólo garantizando lo que el Estado no garantiza sino pasando a la esfera del reclamo desde la acción política.

## Consideraciones finales

En esta presentación se ha realizado un trabajo introductorio con algunas ideas e interrogantes abiertos que apuntan a profundizar la temática. Puesto que si bien el objeto central de dicha producción era conocer las estrategias de los/as privados/as de libertad para garantizar el acceso a la salud, justamente en esas estrategias lo que aparecían son dos cuestiones: la apelación al familiar (mujeres que garantizan visitas, cuidado de hijos, comida, etc) y la utilización del propio cuerpo como objeto de reclamo (autolesiones, huelga de hambre, para mencionar sólo algunas).

Es así como resulta apremiante considerar otras formas de reclamo que no expongan el propio cuerpo y los cuerpos feminizados. Por ello en el transcurso del trabajo me pregunto sobre la existencia de prácticas autogestivas y colectivas en el ámbito de los que comparten la problemática y cómo construyen acción política que la descentre de la responsabilidad de quienes viven y sufren el tema para que sea política de Estado.

También surge el dilema entre cuidado como elección propia de la afectividad y subjetividad de quien cuida y el cuidado como obligación por ser “mujer y familiar” de la víctima. Esta tensión entiendo es imposible de resolver, hasta qué punto uno elige y en qué medida se trata de una significación construida sobre el lugar a ocupar.

Justamente se trata de poder ubicar al Estado como garante de políticas públicas sobre estos derechos vulnerados, para que algo de la elección empiece a tener lugar sobre cómo vincularse con ese otro y no sólo desde el cuidado que falta.

En este sentido, es que la manera en que se aborda desde el Estado el tema también permite ir construyendo o cuestionando determinadas subjetividades. La precarización subjetiva de las vidas de quienes habitan el encierro también se extiende a sus familiares. Entiendo que es por la dimensión de disputa de sentido y por tanto de poder, que será posible construir subjetividades que no estén arrasadas en sus derechos.

## Bibliografía

Butler, Judith. (2006). *Vidas Precarias*, Paidós, Buenos Aires.

Castoriadis, C. (2008) *Poder Política y Autonomía*. En Castoriadis, C (2008) *El mundo fragmentado*. Ed. Terramar.

Gago Verónica. (2014) *La Razón Neoliberal. Economías barrocas y pragmática popular*. Tinta Limón ediciones.

Gago Verónica (2019) *La Potencia feminista o el deseo de transformarlo todo*. Traficantes de Sueños Editorial.

Laura Pautassi. (2008) *La articulación entre políticas públicas y derechos. Vínculos difusos*. En: Erazo, Ximena; Abramovich, Víctor; Orbe, Jorge (Coord.). *Políticas Públicas para un Estado Social de Derechos*. Santiago de Chile: Fundación Henry Dunant América Latina.

## CAPÍTULO 6

# Pensar maternidades y abortos desde una lógica de cuidado feminista

*M. Belén Garay, Mercedes Contreras y Nair Schlegel*

### Introducción

En este capítulo intentaremos problematizar desde nuestro lugar de trabajadoras sociales, feministas y *no-madres*, acerca de las intervenciones del sistema de salud -como parte de las respuestas estatales- en relación al acompañamiento de las maternidades y los abortos.<sup>13</sup> Estas reflexiones son puentes para seguir repensando colectivamente acerca de la intervención profesional en el ámbito de la salud, intentando desnaturalizar prácticas que reproduzcan mandatos y violencias.

Pensar la particularidad de los abordajes de salud con las personas gestantes en nuestro país implica necesariamente acercarse a debates políticos y conceptuales que los feminismos pusieron en agenda pública: la dimensión histórica y feminizada del cuidado, la soberanía de los cuerpos, la posibilidad de construir y tejer redes de acompañamiento en los procesos subjetivos, atravesadas transversalmente por los desafíos y potencialidades que esto implica para el Trabajo Social.

La lucha y disputa pública simbólica de los sectores del movimiento feminista a nivel nacional y global, fueron generando transformaciones y conquistas cruciales, en relación a los modos de habitar espacios, a las significaciones sociales hegemónicas sobre la femeneidad, la maternidad, la familia, y los modos de vincularse afectivamente. Estas disputas y las resistencias de *sectores antiderechos conservadores* pusieron sobre la mesa que los temas por los que pujan(mos) desde los feminismos “no son campos de disputa privados, sino públicos, en los que se juegan disputas de poder sexo-genericas” (Jaureguiberry y Farré, 2021, p. 1), y que sin duda han transformado el mundo actual.

En esa línea, la discusión sobre las maternidades y la posibilidad del aborto voluntario en nuestro país, a partir de la Ley 27.610 de diciembre de 2020, abren un nuevo campo de preguntas

---

<sup>13</sup> El trabajo toma particularmente la experiencia como profesionales de Trabajo Social en los servicios de Obstetricia, Ginecología y Neonatología del HIGA San Martín de La Plata.

y de orientaciones para la intervención profesional sobre las cuales es preciso reflexionar. Compartimos con grandes autoras feministas, que hay discusiones que hegemonizan el campo, incluso el de los feminismos: la cuestión de la maternidad deseada vista principalmente desde una perspectiva de clase como un imposible o una invalorada decisión, el aborto voluntario como una expresión de la libertad individual. Ante esto, proponemos cuestionar los lugares que ocupamos en la sostenibilidad de un sistema de salud profundamente violento e inequitativo, para pensar como acompañar las maternidades deseadas también desde los feminismos, y el aborto como política de cuidado para que la soberanía de los cuerpos se sostenga en redes.

Con esas orientaciones, pretendemos compartir en este capítulo tensiones y debates que continúan dando movilidad a los feminismos y a nuestra profesión, para aportar a la desarticulación del patriarcado y su colonialismo que no sólo opera como opresión en los modos de vida, sino también, en la forma en que pensamos (e intervenimos).

Por último, compartir que este escrito es producto de una trayectoria de ejercicio profesional en el campo de la salud pública, desde donde hemos acompañado con algunos aciertos y seguro más errores o frustraciones, la posibilidad de maternar y la de abortar intentando introducir desde las intervenciones nuevas, posibles y/o alternativas que permitan pausar el cotidiano alienado por el neoliberalismo, el patriarcado, el capacitismo, el racismo y el extractivismo.

## **Instituciones de salud, Maternidad(es) y Trabajo Social**

A diferencia del proceso europeo, en América Latina en general, y particularmente en nuestro país, “la consolidación de la corporación médica y del estado nacional fueron procesos cronológicamente más cercanos, que se fortalecieron mutuamente” (Yañez, 2015, p. 95). Esto tuvo un fuerte impacto en la vida de las mujeres, siendo el blanco de las campañas estatales, como con estrategias comunicacionales y políticas: fue sobre las cuerpos de las mujeres que recayó la responsabilidad poblacional, convirtiéndose en asuntos públicos la reproducción y la maternidad no sólo en términos biológicos sino al conjunto de prácticas, representaciones, ideas, valores, sentimientos que se asocian con el ejercicio de la misma, como se trabajó en otro capítulo de este libro.

Durante el Siglo XX la maternidad fue una preocupación central del Estado, que en su reproducción, proyectaba una sociedad determinada: ejerciendo prácticas de tutelaje para esencializar esa figura como natural y universal, pero también, deseable, valorable por el resto de la ciudadanía (Nari, 2004).

Este proceso, que podemos referenciar desde el siglo XIX, se basó en lo que Joan Scott definió como “ideología de la domesticidad”, es decir, un entramado de discursos médicos, morales científicos, y políticos tendientes a naturalizar la división sexual del trabajo (Gavrila, 2018)

En este clima de época, la medicina como ciencia, como práctica y como institución funcionó como un bloque intelectual y político que, contemporáneamente al armado del Estado Nacional, dedicaron sus estudios y dirigieron su influencia, para garantizar este proceso, como su soporte material e intelectual. Entre esas estrategias, se puede mencionar el armado de un discurso legítimo sobre la reproducción, que deslegitimaba a otros actores no institucionales, y la difusión de su visión por distintos mecanismos para construir un nuevo sentido común maternal: convertir a las mujeres en madres prioritariamente, convertir a cada mujer en una obligada, deseable y buena madre.

Ese sentido común, tenía asidero en su condición biológica individual, pero proyectaba en cada cuerpo, un proyecto de sociedad: la lucha contra los desvíos, el fin de los abandonos, infanticidios y muertes evitables por condiciones higiénicas, combinado con deseos de independencia laboral y reconocimiento jurídico inmorales para la época, entre otros grandes desafíos, se imponían al Estado, que utilizó a las madres, como figura salvadora:

La relación de las mujeres con sus cuerpos, signadas por los dolores (menstruales, en los embarazos y partos, menopáusicos), parecía confirmar su natural vocación por el sufrimiento, la abnegación, el altruismo. Por ello, las mujeres eran madres, maestras, se dedicaban a la asistencia o beneficencia social. (Nari, 2004, p. 109)

Entonces, nuevas estrategias para el acatamiento de las nuevas políticas estatales fueron asignadas a enfermeras, puericultoras, obstétricas y visitadoras sociales. (Nari, 2004)

Las últimas, con un perfil profesional vinculado a lo afectivo, el altruismo y la piedad, ubicadas siempre en condición de subordinación frente a la disciplina médica hegemónica por varones, tanto en función de sus propias cargas de estereotipos feminizados, como los que debían reproducir, inculcar y promocionar. (Gavrila, 2018) Esta convocatoria y la formación específica a la que fueron llamadas, tiene un carácter político, económico y social que desde la perspectiva actual, es muy evidente.

Sin embargo, frente a todo este entramado ideológico de época, ambas autoras de referencia analizan este proceso no sólo en clave de subordinación, sino también en clave de poder y del agenciamiento que fueron capaces de movilizar estas visitadoras: cierta complicidad, acompañamiento, reconocimiento y cierta alianza que fueron resistencia en aquel momento histórico, que tensionaron y produjeron nuevos saberes (y poderes) colectivos. Estos intersticios a la hegemonía médica, esta comunicación entre mujeres, son también, antecedente de algunas líneas de intervención actuales: la escucha activa, la desnaturalización de su rol estipulado y el reconocimiento de su poder.

Desde ese ángulo, se pretende compartir los debates subsiguientes respecto de algunas problemáticas del campo de la salud para el Siglo XXI: no fue a pesar de la feminización que la profesión ha disputado espacios en lo sanitario, sino con la feminización, a partir de ella, cuestionando a ella, reconociéndose en ella. Fue desde la constitución de un sujeto colectivo

heterogéneo, pero con alianzas y estrategias que, evidentemente fueron abriendo las puertas de lo que hoy se transita en las instituciones públicas.

Este escenario ha cambiado legal y simbólicamente desde el comienzo de Siglo (aunque quizás antes también pero sólo en ciertos círculos políticos y académicos), donde se empieza a poner en agenda los derechos sexuales y (no) reproductivos de las mujeres y disidencias en nuestro país.

Fueron, a la fecha, más de 20 años: en 2002 se sanciona la Ley 25.673 que tiene por objetivo prevenir los embarazos no deseados garantizando el acceso a la información, orientación, métodos y a diversas prestaciones relacionadas con la salud sexual. En 2006 se amplían las prestaciones con el derecho de acceder a una anticoncepción quirúrgica de manera gratuita<sup>14</sup>, en 2010 la Ley N° 26618 de Matrimonio Igualitario, en 2012 nuestra avanzada Ley de Identidad de Género (26.743) ampliada y profundizada con la Ley de Cupo Trans de 2020, entre otras como la Ley N° 26842 de Prevención y Sanción de la Trata de Personas y la Ley N° 26862 Reproducción Médicamente Asistida.

Estos instrumentos, durante años, fueron herramientas para acompañar a las mujeres usuarias del sistema público de salud en su decisión de no gestar o acceder a métodos anticonceptivos, centrándonos en los derechos (no) reproductivos que las tenían como sujeta prioritaria. Aquí una de las grandes luchas con el saber médico hegemónico tuvo que ver con la expropiación por parte del sistema de salud acerca de los saberes, decisiones y cuerpos de las mujeres y disidencias frente a las elecciones anticonceptivas, que lamentablemente continúan en vigencia.

Por último, la gran conquista del Movimiento Feminista fue la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo N° 27.610, que luego de una larga pero masificada lucha, fue sancionada en diciembre del 2020. Sin embargo, en términos de intervención es importante situarla como un punto de llegada, luego de diversas estrategias de trabajo en equipo y en redes intersectoriales para ampliar y garantizar el acceso a la ILE, vigente en nuestro país desde 1921 y protocolizada por distintas herramientas desde 2012. Es decir que para quienes transitamos el campo de la salud, esta Ley coronó un proceso colectivo construido desde lo instituyente, desde la contrahegemonía en salud pública en el que nuestra profesión fue protagónica.

Como sostenemos en otros artículos, pensamos que desde la profesión hemos entendido y “aprovechado” la oportunidad histórica, política y profesional, de tomar este tema en nuestra agenda de disputa y proyectos interventivos hacia una transformación social. Dice Cazzaniga (2015) que esa inespecificidad ha sido muchas veces lamentada por nuestra disciplina, y es cierto. Pero además, en Salud, ha sido no comprendida por compartir una visión de complejidad de la realidad. Y aquí dos cuestiones: la reducción de las problemáticas complejas a abordables mínimos / biológicos no era justamente nuestra lectura sino la contraria, pero además, hemos dejado de lamentarla para tomarla como fortaleza.

---

<sup>14</sup> En relación a esto es importante aclarar que en la práctica se han visualizado demasiados obstáculos para que las mujeres puedan acceder a este derecho, y sólo se han generado avances en garantizar las ligaduras de trompas para las mujeres que se realizan cesáreas o que transitan el puerperio.

“Trabajo Social es un proceso histórico, pluriverso, transdisciplinar, colectivo y complejo y allí, entre otras cuestiones, radica su riqueza (...)” (Hermida 2019, p. 8). Entonces, asumiendo el protagonismo profesional en el abordaje de la problemática de la salud sexual y el aborto, hemos develado cuál es nuestra capacidad de construcción de saberes, hemos asumido el desafío político de una transformación basada en derechos, hemos fundado nuestra intervención en categorías que develan la complejidad de cada decisión de las personas gestantes. Nos hemos hecho cargo de la densidad política de nuestro aporte (Hermida, 2019).

En ese sentido, este conjunto de normativas que se encuadran en la definición conocida de derechos sexuales y (no) reproductivos nos abrieron la puerta a que esa politicidad sea feminista. Sin embargo, el desafío es pensarlos como campos interrelacionados y tensionados: los mismos pueden “Ser ejercidos de manera conjunta o individual en el ámbito de las libertades individuales” (Levín, 2010, p. 83). La sexualidad y la (no) reproducción se fundan desde la esfera de la libertad y la autonomía, sostenidas en la decisión de la persona. Pero, ¿qué particularidades adquiere esa libertad en este tiempo histórico? ¿Cómo trascendemos la dimensión jurídica liberal para proyectar intervenciones que en un mismo movimiento garanticen derechos y promuevan soberanía feminista? ¿Cómo promovemos esa implicación subjetiva desde los procesos y no atada a fines instrumentales?

Desde esa lógica entonces, intentaremos situar los debates sobre las condiciones de ejercicio profesional en vinculación con las maternidades, donde situamos el desafío de acompañar profesionalmente a las personas que se encuentran maternando desde una posición epistémica y políticamente feminista, y la disputa ideológica que nos parece importante dar a partir de la legalidad de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

## **Sobre algunas violencias como dispositivo y las maternidades posibles**

Como expresamos con anterioridad, toda la serie de políticas hegemónicas durante el Siglo XX fueron construyendo el cuerpo de la mujer en un cuerpo dócil, un cuerpo disciplinado, un cuerpo hablado, manejado, intervenido, que a su vez construyen un tipo de subjetividad. Las autoras Salgado y Díaz (2019) señalan que prevalece una maternidad sin autonomía:

La conducta de los profesionales hacia la mujer se torna paternalista, mientras que la mujer se convierte en sujeto pasivo en la toma de decisiones sobre su cuerpo, debiendo ‘colaborar’ en todo momento con lo que decide el equipo profesional de manera unilateral (Salgado y Díaz, 2019, p. 27)

Una de las máximas expresiones es la violencia obstétrica, definida por García (2017), como “conjunto de prácticas que degradan, oprimen e intimidan a las mujeres de distintas maneras dentro de la atención a la salud reproductiva, fundamentalmente en el período del embarazo,

parto y postparto” (2017, p. 92-93). Siguiendo a la autora, este tipo de violencia es una forma de control social que continúa el patrón de subordinación y dominación de las mujeres y disidencias con respecto a los varones, en concordancia con el patrón de subordinación y dominación de les usuarios con respecto a les profesionales de la salud. Hay una doble dominación y una doble subordinación, con lo que las mujeres se encuentran doblemente desprotegidas. Les profesionales de la salud ocupamos espacios de poder en esta dominación, control, patologización y apropiación del cuerpo de las mujeres, reproduciendo mandatos y abordajes colonialistas invisibilizados, por transitar otras intersecciones de privilegio.

Profundizando acerca de las violencias, como trabajadoras sociales tenemos la obligación de comprender que deberían respetarse las necesidades no solo fisiológicas del parto, sino también “las necesidades sociales y subjetivas de la mujer sin intervenciones que las obstaculicen” (Castrillo, 2015, p. 5). Esto implica que nuestras intervenciones, tanto como las médicas, inciden en las subjetividades y en las representaciones con respecto a los cuerpos de las mujeres y de les recién nacidos. Castrillo señala que “el modo en que se dan las intervenciones médicas (y no médicas) refleja las coordenadas del modelo médico hegemónico (y de imperativos sociales de clase, género, raciales) que imperan en la medicalización.” (2015, p. 13). Estas intervenciones tienen consecuencias en términos identitarios que debemos dimensionar, no sólo como vulneración de derechos desde la visión liberal. Lo que se propone es pensar que los derechos implican la construcción de una identidad política diferente, y deberíamos reconocer las lógicas de poder en las que la profesión queda atrapada si naturaliza e invisibiliza el papel político de cada intervención en salud. Dicho de otro modo también, como sostenemos vínculos de masculinidad desde la naturalización.

Entre esas situaciones, el derecho a la privacidad e intimidad es uno de los derechos habitualmente más vulnerado en relación a la atención post evento obstétrico: obstetras, pediatras, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, y otros profesionales, entran a diario a entrevistar y atender distintas cuestiones, correspondientes a la superespecialización de la medicina y fragmentación del cuerpo. En muchas oportunidades les profesionales ingresan a las habitaciones sin golpear ni consultar, interrumpiendo entrevistas, vulnerando constantemente el derecho de las mujeres a un puerperio con un mínimo de privacidad, intimidad y sobre todo de dignidad. ¿Son estas las condiciones dignas para transitar por el sistema de salud? ¿Son estas las condiciones propicias para acompañar las maternidades desde un Trabajo Social orientado por los feminismos? o de nuevo, ¿se trata de prácticas violentas y machistas que nos cuesta reconocer?

Pero además de esos profundos interrogantes, sabemos que, la forma típica en la que hemos cuestionado estas intervenciones ha sido desde una noción funcionalista de las incumbencias profesionales, en detrimento de la construcción de estrategias disciplinares que argumenten y disputen líneas de intervención. Las preguntas sobre si se “debe o no” atender ciertas demandas proponemos redefinirla por algunas como las anteriores, identificando de quién es principalmente la demanda de intervención a la profesión, para quien, sí constituye una urgencia y por qué, qué ideas sostienen esas derivaciones, son algunas posibilidades de inicio de estos cuestionamientos, que apuntan a salirse de las lógicas violentas del propio campo (o “cistema” dirían autores trans).



En este punto coincidimos con Cruz (2014) respecto de que:

(...) las incumbencias del Trabajo Social se configuran en tensión, contraposición y lucha de intereses con otros campos. (...) sostenemos que las incumbencias del Trabajo Social son la resultante histórica de la correlación de fuerzas al interior del propio campo así como con los demás campos con los que comparte el espacio social. (2014, p. 61-62)

Así, por ejemplo podemos dilucidar que desde las instituciones de salud y sus conglomerados profesionales se demanda a nuestra profesión aportar a la consolidación de la institución familiar, promoviendo intervenciones policíacas hacia personas gestantes y sus familias, desde una lógica negativa basada en los riesgos que define la medicina. Lógica, muy lejana a los feminismos que proclamamos y pretendemos construir desde puentes sororos.

Cuando decimos que muchas de las intervenciones que nos son solicitadas tienen que ver con una policialización de las mismas, nos referimos al control sobre el cuerpo de las personas, sobre las formas de crianza, la afectividad y los modos blancos y clasistas de ejercer la maternidad. Nada muy lejano a lo reconstruido en el primer apartado y otros escritos de este libro, sobre todo, porque es hegemónica aún una visión negativista de las prácticas sociales de las clases populares, una lógica de sospecha continúa operando en salud.

Entonces, ¿los derechos (no) reproductivos de las mujeres pueden garantizarse desde una profesión que no cuestiona estos mandatos masculinizados, violentos y médicos? ¿Cuál es el profundo sentido feminista de estos derechos que podemos obturar con intervenciones pragmáticas y planificaciones no problematizadas?

Movernos en esas tensiones difusas y difíciles es parte del cotidiano profesional de este tiempo histórico, donde, al menos en las instituciones de salud, podemos apostar a una serie de intervenciones de corto, mediano y largo plazo que se fundamenten en premisas feministas: el acompañamiento como sostén, la sostenibilidad de las redes afectivas y de crianza colectiva, la revalorización de los saberes deslegitimados por la medicina, la identificación de los intersticios placenteros negados, el poder como potencia transformadora. Desde allí, el concreto y real acceso a los derechos sexuales será también un acceso simbólico a una serie de alternativas de vida: libres de violencia, con decisiones soberanas sobre los cuerpos, con ejercicio de una ciudadanía sexual, con un reconocimiento de las tareas de cuidados que promueva nuevos roles, con la posibilidad de elegir cuándo, cómo, con quién, y de qué modo ser madre o no en la actualidad.

Hacemos énfasis en estas cuestiones, dado que se trata de un universo de posibilidades que no son posibles sólo por el acceso a políticas públicas, que sabemos serán en gran parte siempre limitadas y/o paliativas en términos materiales, sino por un conjunto de estrategias que en tanto agentes estatales aspiramos a promover en la construcción de subjetividades que resistan a los imperativos neoliberales y de época, en donde la maternidad sea una opción también digna y soberana, aunque no la única.

Monica Traducci (2008) sitúa que:

(...) como toda institución humana, la maternidad es compleja y cambiante, vivida por las mujeres como una fuente de placer y realización o como una carga insoportable o (lo que es más común) como ambas cosas al mismo tiempo (2008, p. 13).

Por esto mismo, este convite es a pensar en la idea de maternidades, no de maternidad: la existencia de diversas maternidades, con sus experiencias, aprendizajes, sentires, vulneraciones, proyecciones que podemos promover desde nuestro lugar en el Estado.

En este sentido, retomamos la pregunta que se hace en su *podcast* Eugenia Gallo y que Virginia Basso (2021):

(...) La maternidad debe ser politizada, revalorizada, desromantizada (...) Si la maternidad sigue manteniéndose en el ámbito privado, no hay muchas maneras de que las madres dejen de ser presas de su maternaje. Para ello, es necesario sacarla del ámbito doméstico y esto nos permitiría elegir no sólo gestar, sino también elegir cómo criar si se le da al tema un interés público que responsabilice al Estado. (Basso, 2021)

Desde allí, pensemos en otros dispositivos que no violenten a las mujeres, que no le saquen su dignidad, que respeten los momentos, para acompañarlas en este proceso. Lagarde (2015) nos aporta con respecto a las estrategias desde el feminismo, y desde el Trabajo Social, que nos orientan: la sororidad, la escucha y el reconocimiento de nuestra voz. La sororidad implica un pacto político entre nosotras para enfrentar las opresiones que vivimos las mujeres. (Garay, 2019, p. 9).

Es necesario identificar, además de las relaciones de opresión con los varones, las que hay entre nosotras. Nosotras como profesionales de la salud, con relaciones asimétricas y de poder con las mujeres usuarias de nuestras instituciones de salud. No se trata de un feminismo abstracto, sino de serlo en el trato con las otras, en reconocerlas, respetarlas y respetar sus discursos. Escuchar lo que las mujeres hablan, piensan, aprendieron, entendieron, escuchar sus intereses, es un mecanismo sororo. Oír lo que dicen, es oír las porque existen. Oír a las mujeres es un principio básico de la autonomía, reconocer que existen y que las escuchamos. Pero también, reconocer fundamentalmente, que aprendemos de ellas.

## **Algunas notas sobre el aborto y las políticas de cuidado**

Si pudiéramos englobar un modo de nombrar lo dicho hasta acá, podríamos hacerlo también desde la categoría (en disputa) de *cuidados*. Pensamos que presenta una enorme potencialidad para pensar las maternidades posibles, pero también y en sentido de resistencia a lo sucedido históricamente con el cuidado feminizado, para pensar la posibilidad de abortar.

Las tareas de cuidado suponen histórica y socialmente que se hacen con lo propio, se hacen con nuestra subjetividad, se hace con nuestra naturaleza, por lo tanto, en su mayoría, gratis. Así se dispuso, desde la división sexual del trabajo y procesos políticos como el citado en el anterior apartado. Hay instaladas desde hace muchísimo tiempo, un conjunto de significaciones que confluyen en la naturalización de estos roles, lo cual hace más difícil su desmontaje. Partimos de saber, (y acuerpar), que las tareas de cuidado están desvalorizadas porque están generizadas, binarizadas, jerarquizadas y esencializadas, asociadas a atributos de la femeneidad.

Llamamos cuidado entonces:

Al conjunto de tareas necesarias para el sostenimiento de la vida cotidiana y de su reproducción intergeneracional. El concepto de cuidado involucra tanto el conjunto de prácticas que constituyen la acción material y física de cuidar, como la preocupación, el interés, el afecto y la atención que recaen sobre aquellos que, por distintas razones, requieren de cuidados. (Molinier y Legarreta, 2016 en Aguilar 2019; 19)

Es fundamental entonces considerar para un análisis desde la complejidad del cuidado, el vínculo emocional que supone, el acto de amorosidad, entrega, dedicación y afectividad. Sabemos que la necesidad de cuidados responde a la propia vulnerabilidad humana, donde todes alguna vez cuidamos y fuimos cuidados. Esto, nos desliza a ideas de lo familiar hegemónico, a la asociación naturalizada de familia-hogar-amor, a pesar de los daños irreparables que se sufren históricamente en función de este imperativo.

Con estas categorías presentes, preguntarnos por los cuidados supone la pregunta por su organización social, por la compleja e intrincada relación entre Estado, Mercado y Familia (Esquivel, Faur, Jelin; 2012), donde las dimensiones de “lo público y lo privado” adquieren porosidad e intersecciones. Además, supone pensar *los intereses prioritarios* de una sociedad, y cómo esto estructura formas de vida desiguales. Sabemos también, que esta organización supone un conjunto de tareas invisibilizadas y desigualmente repartidas, pero no por esa invisibilidad son improductivas. A lo largo de la historia, las feministas materialistas han explicitado y desarrollado en profundidad, cómo estas tareas aportan a la reproducción del sistema capitalista-hetero/cis/patriarcal, en una suerte de salario complementario, no pago, para la reproducción de trabajadores (hegemónicamente varones).

Pero la *sostenibilidad de la vida* (Carrasco, 2001) no sólo implica una cuestión económica, sino un conjunto de dispositivos de regulación de los modos de vida, de cierta cotidianeidad hegemónica, que se vuelve objeto de promoción estatal como de mercado. En ese sentido, es tan importante debatir y cuestionar la satisfacción de necesidades básicas para la vida biológica bajo la necesidad de otros que nos cuiden, pero también, que dispositivos de normalidad se abroquelan a las políticas de estado en nombre del cuidado. Sólo así, podremos cuestionar y promover alternativas vivibles.

Amaia Perez Orozco (2019) nos invita a rastrear las dimensiones heteropatriarcales de la noción hegemónica de *vida que merece ser sostenida*, y que este movimiento exige entrelazar

las revoluciones en la cotidianeidad con las macro transformaciones. Por esa razón, reivindicamos la categoría de cuidado, porque nos permite problematizar qué tipo de vidas queremos desde lo personal, pero también desde lo profesional y político (o todo eso junto) para una profunda transformación social.

Recuperar la categoría de cuidado desde una perspectiva feminista, de complejidad y crítica conlleva la necesidad de situar qué trayectoria de cuestionamiento a este gran imperativo hemos construido en la historia, que nos permite hoy alcanzar estas certezas, como se propuso en el primer punto: siempre hemos cuestionado el cuidado, aunque con distintos márgenes de acción.

Pero además de ayudarnos a pensar maternidades, dada la reciente sanción de la Ley 27.610, quisiéramos avanzar en la mediación que permite articular esta concepción con la posibilidad de abortar voluntariamente y el acompañamiento del equipo de salud. Esto, en un doble sentido: pretendemos instituir un Estado que cuide equitativamente los procesos de salud sin cargas de prejuicios morales (clasistas, patriarcales, colonialistas, capacitistas, etc), y queremos orientar hacia la problematización colectiva de la distribución de las cargas de cuidado con las personas que solicitan IVE.

La consulta por aborto tiene hoy un componente sumamente diferencial a los situados con anterioridad: es transformadora de los efectores públicos de salud porque cuestiona en sí misma la división histórica entre salud/enfermedad a la que la medicina hegemónica quiere dirigirse. La persona que consulta por el tema no está enferma, no solicita una cura, sino que solicita el apoyo necesario para tomar una decisión sobre su vida. Y esta posición es novedosa para el campo de los derechos sexuales, lamentablemente. Esta posición del equipo de salud, de respeto por la voluntad, de considerar que es la persona quien tiene el saber respecto de su propio cuerpo es uno de los mayores cambios que ofrece la atención de procesos de aborto. (Contreras, 2021) Por todo eso, tiene potencial para cuestionar las formas que tiene el Estado de cuidar.

Autoras como Carlota Ramirez y Andrea Paz (2019), sostienen que en salud existe una selección discrecional de los riesgos, que es hecha generalmente desde posiciones de poder que estipulan un futuro posible para quienes consultan a efectores de salud: “(...) futuro que es un proyecto político en el que existe una preocupación exacerbada por demorar la muerte, en el que “hacer vivir” es uno de sus pilares y huir de ciertos riesgos dominantes es un equivalente de vida sana”. (Ramirez, Paz; 2019, p. 92). Pero, como venimos planteando, ¿qué modos de vida? ¿Con qué condiciones?

Desde allí, pensamos que la posibilidad de la interrupción voluntaria del embarazo en nuestro país, puede también ser pensada desde la categoría de cuidados: Acompañar a abortar desde el Estado es una política de cuidados porque implica la emergencia de una vida vivible dignamente, una vida respetuosa de los deseos y la soberanía de los cuerpos. Se trata del cuidado que sí queremos, entonces, donde el Estado debe disputar poder de enunciación y donde nuestras intervenciones resultan cruciales para dar contenido a esa política.

Por todo eso entonces pensamos asociar aborto con cuidado es una operación conceptual estratégica para desmontar instituidos conservadores del campo sanitario. Lo que significa también, no asociar aborto con riesgo, aborto con clandestinidad, con soledad, con malicia. La dupla

clandestinidad / riesgo es constante entre los discursos hospitalarios en relación al aborto, que con fuerte preeminencia de la medicina basada en la evidencia, establece, estipula y generalmente decide sobre otros, respecto de que riesgos son legítimos y cuáles no.

Se trata de materializar en acompañamientos, lo que hemos transformado el Estado, la disputa política que como profesión venimos ejerciendo hace años a pesar o gracias, o como complejo producto de la historia comentada entre feminismos y Trabajo Social.

Por eso, desde la intervención es necesario afirmar que acompañar abortos, implica acompañar a decir cómo, cuánto y cómo queremos cuidar, o si no queremos hacerlo. Decidir cuándo cuidar de otro y cuando no, decidir qué lugar queremos que ocupe el cuidado en nuestras vidas, y que esa decisión se argumente en posiciones subjetivas reflexivas. En relación a esto, dice Martha Rosenberg (respecto de mujeres y el aborto) “(..) las interpela a hacerse responsables de sus deseos, sus capacidades y sus proyectos de vida, a abandonar la coartada multiuso de los destinos cristalizados en el inconsciente por la tradición.” (Rosenberg, 2020, p. 305).

La posibilidad de abortar, brinda también, la posibilidad de pensar la propia subjetividad afectiva, la carga mental, la dedicación emocional que ese proceso supone, pero siempre fue invisibilizado. Por estas cuestiones, la posibilidad de abortar es también un cuestionamiento a la feminización de los cuidados y no sólo una reducción de riesgos de vida biológica.

Por esto también, reivindicamos la categoría, porque nos permite darnos cuenta que no hay inmodificables en lo social: como construcción social e histórica, el cuidado es todo lo dicho respecto de la feminización, pero también hoy podemos operar para que sea factor de soberanía y libertad. Reivindicar la categoría, desde pensar qué vidas cotidianas queremos acompañar, que maternidades son posibles, deseadas, nos permite instalar alternativas. Discutir ese futuro desde la incorporación de lo político y feminista, implica disputar con nociones de dignidad, buen vivir, derechos de ciudadanía, qué decisiones tomar frente a los riesgos que son inherentes a nuestra vida. Y es en esta línea, que instituir el acceso al aborto como práctica del buen vivir, como práctica de cuidado, alejado de su exclusiva dimensión biológica se vuelve posible y deseable en términos políticos.

Todo cuidado es político, entonces, y es posible que reivindicemos la categoría desde nuevos anclajes. Sobre todo, como una política respetuosa del deseo.

## Reflexiones finales

En este debate entre sororidad, feminismo, sanitarismo, poder hegemónico, heterosexualidad como norma, empatía, interseccionalidad entre otras categorías no nombradas, pensamos que este feminismo situado que ejercitamos aquí es un feminismo de la tensión: el patriarcado no tiene tensión, sino mandatos y acatamientos. El feminismo situado que pensamos habitar hoy, es el de la tensión y el de la incomodidad, porque es una tensión que produce (en el mejor de los sentidos), una incomodidad que moviliza, formas otras de habitar

las instituciones y de establecer un vínculo con las personas atravesadas por la decisión y el ejercicio o no de las maternidades.

Se intentó ejercitar una posición que cuestione los lugares de privilegio sin negarlos, que problematice nuestras intervenciones poniendo palabras sobre lo que nos parece a veces indecible. Incluso lo compartido supone un ejercicio de habilitar un no saber, un no poder (ni querer) certezas cerradas en estos temas, así como la imperiosa necesidad de tejer redes de cuidado entre colegas, que nos permitan repreguntarnos sobre la direccionalidad de nuestras emociones en cada intervención, y no sólo lo que deberíamos cumplir.

Los tiempos históricos y el movimiento social hace que no tengamos aún las palabras para definirlo todo, por eso tomamos las palabras de Audre Lorde:

A mi juicio, lo erótico actúa de diversas maneras, la primera de las cuales consiste en proporcionar el poder que deriva de compartir profundamente cualquier empeño con otra persona. Compartir el gozo, ya sea físico, emocional, psicológico o intelectual, tiende entre quienes lo comparten un puente que puede ser la base para entender mejor aquello que no se comparte y disminuir el miedo a la diferencia. (Lorde, 1984, p. 22)

Continúa la autora sosteniendo que lo erótico va de la mano con lo creativo, con una fuente otra de identificación en esta sociedad racista y heteropatriarcal, un anclaje reivindicativo de lo invisibilizado por el propio sistema, que nos desposeyó de este poder.

Pretendemos entonces, este poder para el vínculo interventivo con las personas gestantes, desde un punto que sí nos encuentra: la potencia del deseo y lo erótico anudados en todas las consultas a nuestra profesión.

## Bibliografía

- Aguilar, P. (2019) Pensar el cuidado como problema social en Karina Ramacciotti, Marcela Zangaro y Gabriela Guerrero, Los derroteros del Cuidado, Bernal Universidad Nacional de Quilmes. <https://deya.unq.edu.ar/publicaciones/cuidado/>.
- Basso, Virginia (2021) Political Mami: maternar más allá de los estereotipos. <https://femina-cida.com.ar/political-mami/>
- Carrasco, C. (2001). La sostenibilidad de la vida humana: ¿Un asunto de mujeres? Mientras Tanto. <http://www.jstor.org/stable/27820584>
- Castrillo, B (2015) Intervención médica en el proceso de nacimiento/parto. Algunas dimensiones del caso platense. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, UBA, CABA. : <https://www.aacademica.org/000-061/422>
- Cazzaniga, Susana. (2015) Trabajo social: entre diferencias y potencialidades. Revista Tendencias y Retos, 20(1), 93-104. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5097460>

- Contreras, M., Romero, S., Cabrol, L., e Iriarte, C. (2021). El abordaje de la Interrupción Legal del Embarazo como política de cuidado en el marco de la pandemia por COVID-19. Ts. Territorios-REVISTA DE TRABAJO SOCIAL, (5), 51-71. <https://publicaciones.unpaz.edu.ar/OJS/index.php/ts/article/view/1036>
- Cruz, Fuentes, Lopez, Weber y Zucherino (2014) Incumbencias y rol profesional: dos nociones a problematizar en trabajo social. En: Lo metodológico en Trabajo Social. Desafíos frente a la simplificación e instrumentalización de lo social. (2014) EDULP
- Esquivel, V. Faur, E. y Jelin, E. (2012). Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado. Buenos Aires: IDES – UNFPA- UNICEF.
- García, Eva Margarita. «Hacia los partos empoderados: recuperando nuestros cuerpos secuestrados por la biomedicina». Dossiers feministes, 2017, n.º 22, pp. 87-106, <https://raco.cat/index.php/DossiersFeministes/article/view/328066>
- Garay M. Belén (2019). Informe de Rotación: Servicio de Obstetricia. HIGA San Martín. La Plata
- Gavrila, C, (2018) Hermosear y vigilar. Las Visitadoras de Higiene Social de la Universidad Nacional de La Plata en el proceso de institucionalización del Trabajo Social en la Argentina (1922 – 1948). Tesis de Maestría, Maestría en Trabajo Social, UNLP.
- Hermida, M (2018) Habitar las instituciones: notas para una intervención social -otra en contextos de colonialidad. II Jornadas Internas “Las Colonialidades instituidas: procesos, relaciones, estrategias”. CIETP, Instituto de Estudios Críticos en Humanidades, Facultad de Humanidades y Artes, UNR, CONICET. Rosario.
- Hermida, M. (2019) "La intervención profesional en el capitalismo neoliberal: revisar el enfoque de derechos desde las teorías críticas del Sur. Abordajes UNLaR.
- Hermida, M (2020) La tercera interrupción en Trabajo Social: descolonizar y despatriarcalizar. Revista Libertas, Juiz de Fora, v.20, n.1.
- Jaureguiberry X y Farré J (2021). Maternidades y corresponsabilidad social recomendaciones para una agenda feminista de las políticas públicas desde la psicología social. Revista Movimiento. Arkho Ediciones. <https://revistamovimiento.com/genero/maternidades-y-corresponsabilidad-social-recomendaciones-para-una-agenda-feminista-de-las-politicas-publicas-desde-la-psicologia-social/>
- Lagarde M (2015). Claves feministas para mis socias de la vida/. Ed. Batalla de Ideas.
- Levín, S, (2010). Derechos al revés: ¿Salud sexual y salud reproductiva sin libertad?, Editorial Espacio.
- Lorde, A (1984). “Usos de lo erótico: lo erótico como poder”, en Audre Lorde (1984) La hermana, la extranjera. Artículos y conferencias Ed. Horas y horas.
- Martínez, G (2015) Géneros y derechos sexuales y (no) reproductivos de las mujeres. Una mirada desde el Trabajo Social. Revista Plaza Pública, Año 8 N° 14.
- Nari, M (2004) Políticas de maternidad y maternalismo político: Buenos Aires 1890-1940. Primera Edición. Ed. Biblos. Ramírez, C y Paz, A (2019) Riesgo(s) en disputa: el poder de definir el futuro deseable. En: Fundación Soberanía Sanitaria (comp), Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización, Tinta Limón.

- Rosenberg, M. (2020) Del aborto y otras interrupciones. Mujeres Psicoanálisis y política. Ed. Milena Caserola.
- Perez Orozco, M. (2019) *Subversión feminista de la economía*. Traficantes de sueños.
- Salgado Diaz, (2019). Violencia obstétrica y de género mediante la medicalización del cuerpo femenino. Revista Latinoamericana de estudios sobre cuerpos, emociones y sociedad, N29.
- Schlegel, Nair. (2018). Informe de Rotación: Servicio de Obstetricia. HIGA San Martín. La Plata
- Tarducci, M (2008). Maternidades en el Siglo XXI. Espacio Editorial.
- Yañez, Sabrina Soledad (2015) De cómo las instituciones de salud pública regulan las experiencias de embarazo, parto y puerperio... y de lo que resta (Mendoza, 2001-2013). Facultad de Filosofía y Letras de la UBA. <https://www.academica.org/000-063/57>



## CAPÍTULO 7

# Modernización y politización del campo de la salud mental en la década del 60 y 70 en Argentina. El porvenir de una batalla

*Clara Weber Suardiaz*

### Introducción

El objetivo del presente trabajo es recuperar algunas de las discusiones centrales que se dieron en el campo de la salud mental en nuestro país, durante la década del 60 y 70. Estas discusiones basadas en tendencias intelectuales presentes en las ciencias sociales y el psicoanálisis, representaron una actualización de las concepciones respecto de la enfermedad mental, asistencia terapéutica, planes de estudios y la modalidad de atención e interdisciplina entre otras.

Interesa este periodo histórico debido a que las culturas intelectuales se imbrican con una creciente politización de la población, incluidos los trabajadores y los profesionales que contribuyeron a modificar las formas de análisis y de trabajo en el campo de la salud mental. Este movimiento puede ser considerado como un avance en términos sanitarios, donde se planteó una perspectiva de derechos humanos, la cual fue obturada por el proceso dictatorial del 76 y que no pudo ser recuperada en su totalidad por los procesos democráticos.

En dicho recorrido se utilizarán materiales escritos presentes en revistas culturales significativas de la época como ser: “Los Libros” y “Envido”, a partir de este material se realiza un breve análisis de los debates producidos en términos intelectuales y culturales bajo el signo de politización y modernización que caracterizó la época, busca generar aportes analíticos y empíricos para abordar problemáticas centrales que se evidencian actuales y necesarias para volver a pensar el sistema sanitario.

### Modernización y Politización

La década de los 60 y 70, significaron a nivel global una transformación en las tradiciones intelectuales, en la forma de hacer política y de pensar el mundo y cómo transformarlo. Particularmente en nuestro país, estuvieron presentes estos elementos pero particularizados por la proscripción del peronismo, la sucesión de dictaduras, el autoritarismo y las organizaciones

revolucionarias. Esta conjunción produjo una transformación radical en diversas instituciones como ser, las Universidades, la Iglesia, los gremios, la política y las formas de participación social en su conjunto.

Se identifican grandes sectores sociales movilizados, donde si bien, no todos coinciden en los proyectos de cambio, todos ellos se alimentan de una contracultura que impugna el régimen político, los modelos sociales y los estilos culturales vigentes. Consolidando una sociedad movilizadora para el cambio, y que tiene por actores principales a la juventud, a sectores del sindicalismo combativo y a intelectuales ligados a la modernización desarrollista. (Svampa, 2007, p. 2)

La modernización cultural e intelectual tuvo como actor central a las clases medias urbanas y abarcó numerosos aspectos de la vida cotidiana que incluían desde nuevos hábitos de consumo especialmente orientados al sector juvenil, así como el cuestionamiento de la moral sexual y familiar tradicional, el nuevo rol de la mujer y la divulgación del psicoanálisis, hasta aquellas dimensiones asociadas a las vanguardias y la experimentación artística. (Idem)

(...) una de las raíces de ese proceso se encuentra en el campo intelectual y cultural de los sesenta, signado por el cruce entre tendencias modernizantes e ideas de corte revolucionario y en el que ocupó un lugar destacado el tema del “compromiso” de los intelectuales que, desde la simpatía por la “causa del pueblo” evolucionaría hacia formas de participación política directa –incluyendo muchas veces un cierto desdén por la tarea propiamente intelectual. La amplia recepción de temas del debate teórico y político internacional se articuló con el entusiasmo despertado por la Revolución Cubana y otros procesos de liberación nacional, y ambos con cuestiones nacionales que, como la del peronismo, permanecían irresueltas. (Torti, 2011, p.1)

En esta misma dirección, Sarlo (2007) planteará que las transformaciones en términos generales se centrarán en: el pasaje de soluciones reformistas a propuestas revolucionarias; la pérdida de especificidad de los discursos intelectuales en relación a una creciente politización, y donde los debates intelectuales se encontraran atravesados por la revolución cubana, el debate sobre el peronismo desde distintas perspectivas y el marxismo.

“El proceso de protesta que articulaba demandas sociales y políticas también se manifestó en vanguardias artísticas y en prácticas profesionales vinculadas a la salud, la justicia y la educación.” (Dip, 2017, p. 17) Dicho proceso habilitó un espacio de debate común entre sectores de diversas tradiciones ideológicas, provenientes del peronismo, la izquierda tradicional, el nacionalismo y el catolicismo.

En este marco, se realizará un recorte acotado de dos producciones culturales, significativas de la época para identificar los debates intelectuales en el campo de la salud mental. Entendiendo que los debates acerca de las ideas son la expresión de la lucha social en determinado contexto histórico.

## Transformaciones en el campo de la salud mental: algunos elementos contextuales

En el año 1957, mediante el Decreto Ley N° 12.628, se crea el Instituto Nacional de Salud Mental. Quien fuera encargado de llevar adelante reformas innovadoras de la política de salud mental e incidir en la formación de profesionales de distintas disciplinas.<sup>15</sup> Este hecho condensa una vertiente modernizadora en materia de política pública, que tendrá su apogeo paradójicamente durante la dictadura de Onganía. Este proceso también tendrá lugar en las instituciones públicas de salud y en las de formación, quedando obturados gradualmente por el recrudecimiento de los procesos dictatoriales y definitivamente con la dictadura de 1976 en nuestro país.

Analizar las transformaciones exige su abordaje en el marco de un contexto de producción, en la comprensión de los episodios del pasado y las particularidades del presente, por ello no es casual que las experiencias innovadoras en salud mental hayan estado habilitadas en la década del 60 como parte de un proyecto modernizador y progresista.

En relación a las investigaciones ya realizadas, Chama, afirma que:

(...) la casi totalidad de los autores coinciden en subrayar como rasgo distintivo del período que se abre con el posperonismo el cruce entre la modernización cultural y la radicalización política. El entrelazamiento de ambos procesos parece dar lugar a tensiones y complejidades en el comportamiento de los actores y en los ámbitos específicos en que estos se desenvuelven. (2015, p. 28)

Durante esta etapa, desde el Instituto Nacional de Salud Mental se propuso como experiencias pilotos el trabajo de comunidades terapéuticas en el Hospital Esteves de Lomas de Zamora; en el Roballos en Paraná; en Melchor Romero en La Plata; algunas innovaciones en el Hospital Borda de Buenos Aires, entre otros. Se pusieron en cuestión algunas “verdades” vinculadas con la salud mental dentro de la Institución hospitalaria: por una parte, el lugar del “loco” para la sociedad, a quien se le intentó quitar el estigma social mediante nuevos dispositivos de salud mental. Por otra parte, el modo de trabajo entre agentes de salud que intentaron llevar adelante una propuesta más horizontal e inclusiva de diversas disciplinas, como la Psicología, la Terapia Ocupacional, el psicoanálisis y el Trabajo Social, fuertemente influidas por las experiencias italianas en manos de Franco Basaglia y de las comunidades terapéuticas en Inglaterra.

Existen diversas investigaciones que reconstruyen ámbitos académicos, campos disciplinares, y espacios profesionales de manera minuciosa, y que se centran en el periodo de las década del 60 y 70, específicamente en el campo de la salud mental, pueden rescatarse producciones

---

<sup>15</sup> Dicho instituto brindó distintos cursos de posgrado para profesionales de Servicio Social, en el periodo 1967/1971 y organizó encuentros de formación. Por ejemplo, en el mes de noviembre de 1971 como corolario del Primer Encuentro Nacional de Servicio Social Psiquiátrico quedó constituida la Asociación de Profesionales de Servicio Social en Salud Mental.

enfocadas al psicoanálisis en nuestro país, o al nacimiento de la psicología como profesión. Estas indagaciones hacen eje en el proceso modernizador, que atravesó al país durante la década del 60 y cómo configuró los lineamientos del campo. (Chama, p. 2015)<sup>16</sup>

En este desarrollo entendemos que una recuperación histórica en términos dialécticos y no de recuentos de hechos históricos, permite discutir con la instalación de lo nuevo que suele enunciarse: “el nuevo enfoque/ perspectiva de Derechos Humanos”. Podemos decir que esta reestructuración retoma los ideales de los años 60- 70 respecto del campo de la salud mental, sin hacerlo explícito. Desde la antipsiquiatría hasta los procesos de lucha regionales de este periodo intentan estructurar un sistema de salud que no esté basado en la enfermedad y la lógica manicomial. Los peligros de enunciarlo como nuevo son la anulación de la historicidad de los procesos y la invisibilización de los distintos actores que participaron en ellos.

Las prácticas alternativas a las lógicas manicomiales no constituyen algo novedoso en sí mismas<sup>17</sup>, hace años que desde distintos lugares se lucha por una atención en salud mental que no esté centrada en la figura del médico, en lo farmacológico y en la lógica manicomial. Lo que sí es nuevo, es el escenario histórico para disputarlo y consolidar prácticas más autónomas y emancipadoras que permitan a los sujetos portadores de padecimiento mental acceder al ejercicio de sus derechos.

Bajo la política desarrollista se registran durante la década del 60' nuevas experiencias inspiradas en las reformas y dentro de los grandes manicomios como: centros de día, grupos terapéuticos, comunidades terapéuticas, residencias de salud mental, formación de equipos interdisciplinarios.<sup>18</sup> Estas iniciativas se encontraban influidas por la llamada Ley Kennedy de EEUU (1963) donde se proponía servicios de salud mental por fuera del manicomio, en hospitales generales y centros de salud. Plotkin, en su indagación de cómo el psicoanálisis se desarrolló en la Argentina menciona la perspectiva desde dónde se estructuraban los nuevos servicios.

Se ponía el acento en la atención a nivel comunitario, en la psicoterapia individual o grupal, en la formación de equipos interdisciplinarios compuestos por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, sociólogos y educadores, y en el entrenamiento de los así llamados agentes de salud mental. (2003: 212).

---

<sup>16</sup> Podemos mencionar algunas de las más importantes a: Plotkin, M (2003). Freud en las pampas. Orígenes y desarrollo de una cultura psicoanalítica en la Argentina (1910-1983) Buenos Aires, Sudamericana. Vezzetti, H (2004). “Los comienzos de la psicología como disciplina universitaria y profesional: debates, herencias y proyecciones sobre la sociedad”, en Federico Neiburg y Mariano Plotkin (comps.). Intelectuales y expertos. La constitución del conocimiento social en la Argentina. Buenos Aires, Paidós, 2004. Vanier y Carpintero (2003) Las huellas de la memoria. Tomo I y II. Ed. Topia. Bs. As. Visacovsky, S. (2002) El Lanús. Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina. Buenos Aires, Alianza. Las distintas producciones de Emiliano Galende también aportan en este sentido.

<sup>17</sup> Esta afirmación se sitúa en la discusión de que no estamos en presencia de nuevos paradigmas sino que por primera vez la perspectiva de derechos tiene un espacio en la agenda pública y una fuerza para disputar hegemonía. Esto es importante en términos de reconocer la historicidad de las discusiones que acarrearán las distintas experiencias de desmanicomialización en nuestro país desde los años 60, la experiencia italiana, etc.

<sup>18</sup> Con una gran participación del pensamiento de Pichón Riviere, Mauricio Goldemberg, distintas corrientes de psicoanálisis en conjunto con la movilización y politización de la sociedad.

Según el autor citado, estos intentos de revitalizar el sistema de salud mental fracasaron, en parte por la resistencia opuesta por la camarilla de psiquiatras que controlaba la cátedra de psiquiatría de la UBA y los grandes hospicios que tenían conexiones con el gobierno militar.

A partir de los años 70, estas iniciativas fueron gradualmente desmanteladas. Sumado a que varios de los que fueron partícipes de estas experiencias fueron despedidos, perseguidos, algunos tuvieron que exiliarse y otros se encuentran desaparecidos. Entre otros, Mauricio Goldemberg abandonó el país luego de que sus dos hijos fueran asesinados por los militares; Barenblit, que dirigía el servicio de salud mental de Lanús, fue despedido y torturado y luego se exilió (Plotkin, 2003; Carpintero y Vanier: 2004). Un militar explicita la lógica que guió el desmantelamiento:

Centros asistenciales de salud mental habían sido convertidos en lugares de adoctrinamiento subversivo. Algunos hospitales han debido ser ocupados por fuerzas militares para realizar su intervención, encontrándose claras pruebas de su utilización como aguantaderos y refugios de la guerrilla: imprentas dedicadas a la impresión de material pornográfico, promiscuidad sexual entre los internados psiquiátricos alentada por propaganda que la justificaba a través de una suerte de depresiones psíquicas. (Declaraciones del capitán del navío Manuel Irán Campos en Clarín 10 de septiembre de 1976 citado en B. Plotkin, 2003:330).

Este momento histórico aludido puede ser denominado como un período de rupturas y de continuidades porque se comenzaron a cuestionar fuertemente los postulados del manicomio y sus prácticas para el tratamiento de la locura, por parte de profesionales y técnicos enrolados en corrientes ideológicas progresistas y en perspectivas teóricas vinculadas estrechamente al marxismo y al psicoanálisis. Al mismo tiempo de continuidades, porque no logró destituir como dispositivo de atención hegemónico al hospital psiquiátrico, en este sentido las diferentes dictaduras militares colaboraron definitivamente a que esto no suceda, contando el campo de salud mental con miles de desaparecidos militantes y profesionales. (Vanier y Carpintero: 2005)

## Debates intelectuales: Revistas Los Libros y Envido<sup>19</sup>

Las revistas culturales, para Biegel (2003) son documentos de cultura, porque permiten abordar un estado del campo intelectual. Y en tanto textos colectivos, porque contribuyen a conocer los proyectos político-culturales desarrollados en un período histórico.

---

<sup>19</sup> Pueden consultarse los números completos de la revista en <https://cedinci.org/>

Por ello pueden ser vistas como una fuente histórica significativa y adquieren el carácter de objeto capaz de arrojar luz sobre las particularidades de la construcción de un proyecto colectivo: porque contienen en sus textos los principales conflictos que guiaron el proceso de modernización cultural. (2003, p. 106)

Para el presente trabajo, se tomarán 2 revistas representativas del periodo de distinta tradición intelectual. “Los libros”, si bien fundada en la idea de la nueva crítica cultural, derivará a una perspectiva ideológica afín con el partido comunista revolucionario hacia sus últimos números y la Revista Envido con una perspectiva ideológica orientada desde el peronismo. Cabe aclarar que si bien estas tendencias ideológicas son marcadas, las revistas contienen matices y discusiones hacia el interior de esas mismas tendencias. Se seleccionan ambas producciones por contener de manera explícitas cuestiones sobre salud mental.

La revista “Los Libros” fue una producción cultural que comenzó en el año 69 hasta el 73, durante 44 números. Su objetivo de origen fue la renovación en el campo de la crítica, fundada por Héctor Schmucler, se convirtió en una revista mensual, editada por Galerna Editorial en sus comienzos. En ella escribieron reconocidos intelectuales y su comité editor estuvo compuesto por Schmucler, Ricardo Piglia, Carlos Altamirano, Beatriz Sarlo, Miriam Chorne y Germán García. Inicialmente comienza con la reseña de libros y luego el planteo consiste en no sólo leer los hechos escritos, sino a analizar los hechos históricos y sociales. El sentido de la nueva crítica consistía en incorporar a la antropología estructural; el marxismo althusseriano y gramsciano; psicoanálisis lacaniano y lingüística para el análisis de la sociedad. Se proponía difundir las nuevas teorías, estructurada desde una política de la provocación y con una propuesta estética diferencial al común de las revistas en ese momento. Hacia sus últimos números puede identificarse la radicalización ideológica de los intelectuales que escriben allí.

En la revista se encuentran una gran cantidad de artículos en relación a la salud mental que podríamos agrupar en tres grupos relacionados: a) discusiones y difusión respecto del psicoanálisis<sup>20</sup>; b) crítica de libros acerca de la temática<sup>21</sup> y c) experiencias y políticas públicas sobre salud mental<sup>22</sup>. Resulta novedoso la presentación en forma de ensayos, que luego son retomados y criticados por otros escritores en términos de debates/ polémicas, como así también la incorporación de cuestiones gremiales de los trabajadores de la salud.

---

<sup>20</sup> Por ejemplo: N°I. 7/69. Psicoanálisis por Mario Levin. Crítica al psicoanálisis en Argentina como práctica ortopédica y costumbrista. N°II. 8/69. Freud desventuras de una edición por Jorge Jenkis. N° V. 11/69. ¿Qué es el psicoanálisis? Por Oscar Masotta. N°IX. 7/70. Entrevista a Masotta sobre Lacan. Miriam Chorme crítica a las psicoterapias y escuela sistémica de Palo Alto. N° X. 8/70. Masotta: “Subversión del psicoanálisis en Argentina.” Crítica a libros de Althusser y Lacan.

<sup>21</sup> XII. 10/70. Crítica a Internados de Irving Goffman.

<sup>22</sup> XII. 10/70. Ricardo Grimson. “Apuntes sobre la locura.” Transformaciones de los hospitales psiquiátricos y su relación con la opresión del sistema capitalista. XIV. 12/70. Artículo: “Acerca de las Comunidades terapéuticas” M. Chorme, I Kaufman y B. Grego. N° 15/16 Enero/febrero 71. Polémica: “Cerca de las comunidades terapéuticas.” Ricardo Grimson. N° XVII. 3/71. “Cerca de la locura.” Chorme- Kaufman y Grego.

A partir del N° XVII, se comienzan a incluir comunicaciones respecto a las condiciones laborales de los equipos de salud, incorporándose luego ediciones que abordan la temática en su nota de tapa, como ser XXV. 3/72: “Psicoanálisis y Política en la Argentina.

La XXXIV: “Instituciones de Salud Mental”, donde se plantea que la salud mental es una problemática social, se abocan a indagar las relaciones entre el marxismo y psicoanálisis y a su vez que se remarca que el deterioro de las condiciones de vida produce efectos de radicalización de la lucha política y protesta social. También se incluye un documento la Coordinadora de Trabajadores de Salud Mental. (CTSM) donde se plantea entre otras cosas:

Partimos del principio de que la solución integral del problema de salud, sólo será posible en una estructura social sin explotadores ni explotados... Apertura de nuevas salas de Psiquiatría en hospitales generales... Disolución inmediata del Instituto Nacional de Salud Mental e integración de la salud mental a la Salud Pública.

Es decir reclamos que hasta el día de hoy se encuentran vigentes. En varios de estos números escriben: Pichón Riviere; Fernando Ulloa; Ricardo Grimson; Baremblit, entre otros, referentes intelectuales ineludibles para pensar los procesos de desmanicomialización.

Los dos últimos números que abarcan esta temática con exclusividad serán, el N° XXXVII “Salud Mental y Represión” y el N° XLI “Manicomios”.

El n° XXV (3/72) se inaugura con un editorial y documentos del Grupo Plataforma, donde se explica porque rompen con la Asociación Psicoanalítica Argentina, fundamentando dicho distanciamiento en una relectura de Freud, y el posicionamiento de repensar la enseñanza de profesionales e incorporar la noción de trabajadores de Salud Mental.

El N° XXXIV (4/74) se centra en realizar una misma entrevista de 3 preguntas respecto a la asistencia en salud mental a Enrique Pichon Riviere; J. C. Risau; Gregorio Baremblit, Ricardo Grimson y Facundo Harari, donde se concluye que la atención hegemónica centrada en el manicomio, no responde a las necesidades del pueblo. “En un proceso de liberación, la lucha por la salud, no es solo lucha contra la enfermedad, sino contra los factores que la generan y refuerzan.” (Pichon Riviere, 1974 XXXIV, p. 7)

Lo que caracteriza a la institución asilar es su necesidad de persistir...el hospicio no produce salud ni se centra sobre los pacientes. Está dirigido a su propia permanencia. El cambio del hospicio no pasa por la introducción de cambios parciales sino de alteración de los valores, de los objetivos. (Grimson, 1974 XXXIV, p. 11)

Luego se presenta un informe sobre la salud mental en la Argentina, coordinado por Fernando Ulloa, donde se rescatan los nuevos emprendimientos comunitarios y de atención en hospitales generales, pero se insiste en la poca articulación con los gremios y la capacitación adecuada para los trabajadores. Sistema que desgasta la organización activa de los trabajadores.

En la nota final de ese número Osvaldo Bonnano, avanza en caracterizar la coyuntura actual de salud mental (con especificaciones muy cercanas a lo que sigue ocurriendo al día de hoy) y concluye con un planteo del *Porvenir de una batalla*<sup>23</sup>, la batalla está planteada y como toda batalla hay enemigos y aliados.

Los enemigos son poderosos: monopolios de medicamentos, pulpos sanitarios, grandes empresas donde la salud es una mercancía... pero estos enemigos tienen pies de barro. Al tiempo que las movilizaciones populares del último periodo han golpeado duramente a imperialista y terratenientes, en el movimiento obrero se extiende un proceso incontenible de recuperación sindical y los días de los jefes están contados. (Bonnano, 1974 XXXIV, p. 47)

En un rápido balance podríamos decir que en Los Libros, en un inicio, se trata de discusiones intelectuales acerca del psicoanálisis y su articulación con el marxismo, para luego ir derivando a una politización del sistema de salud y sus trabajadores. No obstante, estos procesos no van separados, podríamos afirmar que es gracias a la incorporación de una teoría crítica que permite una relectura del campo, que se puede articular lo político, en un contexto creciente de radicalización.

La revista *Envío* fue dirigida por Arturo Armada, a lo largo de 10 números desde julio de 1970 a noviembre de 1973. Horacio González rescata uno de los objetivos de la Revista:

El número uno se abrió con una consideración crítica sobre el imperialismo y un llamado al pensamiento crítico contra las tendencias eurocéntricas, excusamos decir que en términos canónicos de época. Había que procurar conceptos más apropiados para descubrir la singularidad de la dependencia de nuestros países respecto al poder central del imperialismo. Todo proceso histórico producía sus propias configuraciones que revertían en su conocimiento porque habían surgido dialécticamente de lo mismo que había que conocer. (2011, p. 11)

*Envío* contaba con la participación del psicoanalista Hernán Kesselman, que postulaba junto a Antonio Caparrós (quien daba clases de psicoanálisis popular en plazas de Buenos Aires), la llamada psicoterapia breve, apta para actuar en ámbitos sociales donde se pudiera articular las mismas con las urgencias de la liberación nacional y social, y al mismo tiempo denunciar la “penetración imperialista” en el campo de la salud mental.

En este sentido, existen dos artículos específicos entre los 10 números de *Envío*:

- N°5 3/72. Salud Mental y Neocolonialismo en la Argentina de Hernán Kesselman.
- N°7 10/72. La Penetración Imperialista en el campo de la salud mental de Hernán Kesselman.

---

<sup>23</sup> Parfraseando el escrito de Freud, el *Porvenir de una Ilusión*.



Ambos artículos coinciden en lo siguiente: la manera de abordar los problemas de la salud mental, no condicen con las demandas del pueblo, tenemos una ciencia obsoleta y colonizada, y es necesario que todo proyecto científico se articule a un movimiento nacional revolucionario. Los profesionales y los trabajadores no pueden seguir trabajando aislados de lo que pasa en su contexto, esta línea argumental estará presente en toda la revista, tal como lo subraya Horacio González:

Instábase entonces a los intelectuales a dudar de todo lenguaje abstracto y trazar un vínculo esperanzado con el peronismo, al que no se mencionaba por su nombre, definiéndoselo como “nuestro movimiento nacional de masas con un líder reconocido y vigente a través del apoyo mayoritario de las clases populares (...)” (2011, p. 17)

Con mucha lucidez, Kesselman critica a la Psiquiatría Comunitaria y las comunidades Terapéuticas, como experiencias importadas de otros países que son tomadas de manera acrítica y terminan siendo funcionales para el gobierno.

Últimamente la posibilidad de realizar control social ha reaparecido gracias a las legiones de trabajadores en salud mental que se enrolan en estos nuevos planes que les indican que ahora la Psiquiatría debe ir a la comunidad y no al revés como era antes. (1972. N°5, p. 9)

Se aborda también la necesidad de articularse a un movimiento nacional, que active la figura de intelectual en un sentido amplio:

Podrían haberse acercado a las clases populares. Pero no lo han hecho aún. Y es que para eso, como pasa con el resto de los profesionales, deberían contar, por lo menos, con una consigna común, que les haga sentir que lo justo es que los conocimientos, como la tierra, sean de quienes trabajan. (Ídem: 12)

En estas producciones podemos identificar una línea de modernización que apunta a criticar a la psiquiatría clásica pero también a las nuevas iniciativas que resultan “copiadas” de corrientes intelectuales europeas y que no retoman el contexto argentino. No obstante, no se profundiza sobre cuestiones disciplinares y científicas, y al decir de Sarlo se plantea una pérdida de especificidad de la discusión en pos de la politización de la temática. En concreto, la propuesta del autor en ambos artículos apunta a la radicalización política del conjunto de los trabajadores articulada desde el peronismo.

“(…) a los peronistas que trabajamos en el campo de la salud mental, nos corresponde la tarea de consolidar esa corriente poniendo nuestro instrumento al servicio del Movimiento Peronista, eje fundamental en esta lucha, uniéndonos y organizándonos para ellos. Único camino que habrá de garantizar el ejercicio de una profesión para la liberación y el cambio.” (1972: VII, p. 53)

## El porvenir de una batalla

En este breve recorrido por las dos revistas podemos identificar las bases de la discusión intelectual, ideológica y política fundamental respecto del campo de la salud, en consonancia con el proceso de modernización mencionado. Es decir, estamos en presencia de un debate profundo que data de más de 50 años y que no ha sido resuelto a nivel societal, teniendo vigencia para pensar la política en salud contemporánea. En este punto volvemos a insistir que no se trata de nuevas perspectivas ni nuevos paradigmas como se quiere postular.

Actualmente nos encontramos ante un auge de los “nuevos paradigmas” en salud mental, en derechos humanos, (a raíz de la sanción de la Ley 26.657 de Salud Mental en nuestro país). Con una fuerte apelación a lo comunitario, lo humanitario y voluntario como líneas fuertes de trabajo y que orientaran también la política pública.

Lo que se intenta es poner en cuestión la falsa novedad del paradigma y de ciertas perspectivas que se reeditan bajo nuevos slogans, invisibilizando las procesualidades, historias y luchas que han tenido los diversos colectivos profesionales y de usuarios en el campo de la salud mental.<sup>24</sup> En este sentido la anulación de procesos históricos tiene profundas consecuencias en nuestro país, ya que obstaculiza la identificación de dificultades y de estrategias que hayan permitido avanzar en términos políticos. La historia oficial no logra dar cuenta de esta complejidad, no por un error involuntario, sino por la misma lógica que impone el capitalismo actual para poder analizar los procesos.

Este enfoque para pensar el pasado, y sobre todo el pasado reciente, resulta interesante si nos situamos en nuestros países latinoamericanos, donde la historia se ha construido a partir de hechos “positivos”, -historias perfectas- desterrando los olvidos, los silencios, las ausencias, acompañados por los procesos de las dictaduras cívico-militares.

Podríamos pensar que este planteo sirve también para pensar la Argentina en el momento actual, donde no se han podido construir/reconstruir ciertas lógicas presentes en las tradiciones intelectuales de las profesiones ligadas a la salud y las políticas públicas durante el periodo de los años 60 y 70.

(...) esa compulsión al olvido es una reificación, dura, hermética, sacra. Lo que acontece en nuestros países como matriz cultural es difícil que no ocurra en otras historias. Tal vez la hondura de este proceso nos muestre la dificultad de extirpar esa misma compulsión al olvido, esa pendiente reificadora. (Matus, 2016, p. 126)

---

<sup>24</sup> Nuestra época es la de lo nuevo por excelencia, deseamos lo nuevo, es lo que nos falta, es la exigencia de nuestra cultura. Y como dice Alain Miller: “lo nuevo es la forma sintomática de nuestro malestar en la cultura.” Y agrega ¿por cuánto tiempo lo nuevo sigue siendo para nosotros nuevo hoy? (Miller, J. A. 2006: 329)

En este sentido la lógica capitalista ha preparado el terreno para la lógica reificante del olvido, a la vez la cultura de lo nuevo, la entificación de lo novedoso, engarza con el olvido, presentando narrativas absolutas, protocolizadas, que intentan dar respuestas cerradas y por ende obturan la posibilidad de construir interrogantes.

Tal como planteaba Bonano, el porvenir de la batalla es largo, y resulta fundamental volver a indagar respecto de la profundidad de los debates iniciados, que realizaban diagnósticos y propuestas superadoras al sistema de salud imperante en ese momento. El desconocimiento de los mismos, o su negación nos remite al planteo de Benjamín, quien decía: captar aquello que “se fuga”, se escapa y que es fundamental<sup>25</sup>. Propone seguir las huellas que pasan desapercibidas, que nos conducen a territorios olvidados, pero que constituyen lo imprescindible a la hora de descifrar a la sociedad. Esta idea nos parece sumamente poderosa en una sociedad cuya tendencia principal es consumir y desechar, donde el valor principal está dado por lo nuevo.

Matus retomando el planteo de Adorno, acerca de la memoria nos dice:

La memoria, vista de este modo, se transforma en una poderosa herramienta contra el dominio ya que “si todo dominio consiste en el olvido de lo dominado, es la memoria la única que puede vencerlo, rescatando el recuerdo de cada uno de los individuos que fueron olvidados, reconstruyendo sus historias personales y liberándolos de las visiones estigmatizadoras que muchas veces pesan sobre ellos (2016, p. 60).

Es decir, la memoria nos permite resistir a lo dado, a la emergencia de lo diferente, en tiempos donde el capitalismo tiende a la totalización homogénea, o a fagocitar cualquier intento de alternativa, establecer qué lazos secretos existen con las generaciones y sus ansias contradictorias de transformación social, nos permitirá profundizar y explicar nuestra historia de otra manera.

En Argentina, desde el 2010, cuando se sanciona la Ley Nacional de Salud Mental, contamos con multiplicidad de trabajos, capacitaciones, ponencias de congresos y revistas que postulan “el nuevo enfoque de derechos humanos”.

Creemos que es una deuda con nuestros colectivos profesionales y proponemos revisar nuevamente esta época, recuperando no una enumeración de acontecimientos sino profundizando tanto el enfoque planteado para la política pública en salud mental como los desarrollos profesionales en el campo.

Nuevamente, como sostendrá Adorno:

Recordar, de esta manera, tiene nexos con la justicia: significa refutar la condena por la cual debían desaparecer en la historia. “Por eso recuperar del olvido esas historias arrebatadas a esos seres humanos es reconstruir su

---

<sup>25</sup> Es lo que Adorno llama lo no conceptualizable del concepto. La reducción de la verdad a un punto de vista, es el triunfo del idealismo.(Forster, 2012:42)

individualidad. En este sentido la memoria es una forma de justicia, que devuelve a estos individuos lo que les fue hurtado: su propia historia” “Al recordar a cada individuo comprendiendo lo irreparable de su ausencia, porque cada individuo es insustituible, la universalidad no puede traducirse en el olvido de sus miembros. (Matus, T, 2016, p. 61)

Podemos sintetizar algunos elementos centrales de las discusiones del campo de la salud mental, que comienzan por repensar la especificidad del campo, a partir de la modernización de las corrientes teóricas y propuestas terapéuticas articulándose gradualmente con las condiciones de vida de las personas internadas, el contexto socio histórico, la necesidad de una nueva formación de los profesionales, hacia una creciente organización política que condensó el compromiso profesional con el compromiso revolucionario. En ese sentido, identificamos en el periodo mencionado, matices, donde la radicalización en militancias múltiples se anudó a la idea que transformar un sistema injusto de salud iba de la mano de transformar un tipo de sociedad desigual.

Insistimos que hoy esa tarea sigue inconclusa y debemos a esos actores –algunos conocidos, otros desconocidos, luchadores, exiliados y desaparecidos- la responsabilidad de recuperar esas experiencias y continuar la batalla por un sistema de salud más justo e inclusivo.

## Bibliografía

- Alemán J. (2014) *En la frontera. Sujeto y Capitalismo*. Ed. Gedisa. Buenos Aires.
- Altamirano, C. (2013), *Intelectuales. Notas de investigación sobre una tribu inquieta*, Siglo XXI, Buenos Aires.
- Beigel,(2003) “Las revistas culturales como documentos de la historia latinoamericana, en *Utopía y Praxis Latinoamericana*, Vol. 8, Nº 20, enero-marzo, 2003, pp. 105-115.
- Carpintero, E. y Vanier A. (2005) *Las Huellas de la Memoria I y II. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los 60 y 70*. Ed Topia. Buenos Aires.
- Chama, M. (2016) *Compromiso político y labor profesional. Estudios sobre psicólogos y abogados en los primeros setenta*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Libro digital.
- Dip, N (2017) *Libros y Alpargatas. La peronización de estudiantes, docentes e intelectuales de la UBA (1966-1974)* Ediciones Prohistoria.Rosario.
- González, H. (2011) Prologo. En Almada, A. (2011) *Envido Tomo I(1970-1972)*. Edición Facsimilar. Biblioteca Nacional. Bs.As.
- José Pablo Feinmann y Horacio González, (2013) *Historia y pasión. La voluntad de pensarlo todo*, Planeta, Buenos Aires.
- Forster, R. (2012) *Benjamín. Una introducción*. Editorial Quadrata-Biblioteca Nacional. Bs. AS.
- Matus Teresa (2016). *Punto de Fuga. Imágenes dialécticas del concepto de crítica en el Trabajo Social Contemporáneo*. Editorial Espacio. Bs. As.

- Miller J. A. (2005) *El Otro que no existe y sus comités de éticas*. Seminario en colaboración con Eric Laurent. Paidós. Bs. As.
- Plotkin, B. (2003) *Freud en las Pampas*. Ed. Sudamericana. Buenos Aires.
- Sarlo, B. (2007) *La batalla de las ideas*, Emecé, Buenos Aires.
- Patricia Somoza y Elena Vinelli, (2011) “Para una historia de Los Libros”, en *Los Libros*, Edición facsimilar, Biblioteca Nacional, Buenos Aires, 2011, Tomo I.
- Svampa, M. (2007) “El populismo imposible y sus actores, 1973-1976”, en Daniel James -compilador-, *Violencia, proscripción y autoritarismo (1944-1976)*, Sudamericana, Buenos Aires.
- Torti, C. (2002) “Debates y rupturas en los partidos comunista y socialista durante el frondismo”, en *Prismas. Revista de historia intelectual*, N° 6, 2002.

# CAPÍTULO 8

## Intentos de Suicidio y Conductas Autolesivas en Niños, Niñas y Adolescentes, aproximaciones para un abordaje interdisciplinario

*Marina Cabral, Luisina Corrales y Martina Iribarne*

### Introducción<sup>26</sup>

En el presente trabajo indagaremos acerca del abordaje de las situaciones de intento de suicidio y conductas autolesivas, en el marco de la experiencia de trabajo desarrollada por la Residencia de Servicio Social en HIAEP Sor María Ludovica de La Plata, la cual cuenta con una rotación de segundo nivel abocada al abordaje de las violencias contra niños, niñas y adolescentes (NNyA).

Considerando que la institución, al momento, no cuenta con un equipo especializado para el abordaje de dicha problemática, las demandas son recepcionadas a través de Interconsultas<sup>27</sup> provenientes de las Salas de Internación y/o del Servicio de Salud Mental. En la organización interna del Servicio Social, estas situaciones son abordadas de forma conjunta por un trabajador social de planta y el residente que se encuentra dentro de esa rotación específica.

En este sentido, hemos observado que en muchos casos la demanda de intervención tanto a Servicio Social como a Salud Mental –cuando no fue este Servicio quien indico la internación-, refiere más al cumplimiento de lo previsto por el protocolo de intervención ante situaciones de intento de suicidio y/o conductas autolesivas, que a un análisis de la situación problemática y/o a un acuerdo respecto de la modalidad de intervención y la estrategia de trabajo. Así, resulta frecuente que aquellos aspectos vinculados a la dimensión de lo familiar le sean demandados al trabajo social, mientras que se considera que todo lo relativo al tratamiento del NNyA –

---

<sup>26</sup> Trabajo presentado en el marco de la Residencia en Salud en el HIAEP Sor María Ludovica en el I Congreso Internacional de Victimología de la UNLP, 2016

<sup>27</sup> Esta es una modalidad desarrollada en varios Hospitales e instituciones de salud mediante la cual profesionales de determinadas salas o servicios (generalmente médicos) consultan de acuerdo a diversos motivos y esperan, suponen o solicitan explícitamente ciertas acciones por ejemplo: evaluación social, evaluación de riesgo, contacto familiar, entre otras de los profesionales del Trabajo Social .

incluso a la posibilidad de diálogo con los mismos- sean del abordaje específico de la psicología y/o la psiquiatría.

Por lo general, este proceso de trabajo inicia en la urgencia y se enmarca en la instancia de internación, cuando ya ha ocurrido el intento de suicidio o conducta autolesiva y la misma ha requerido de la atención de un dispositivo de salud. Si bien estos aspectos serán desarrollados y analizados en un apartado posterior, resulta importante señalar que se observan serias dificultades en las tareas de prevención de la problemática, y de seguimiento de la misma una vez que no se requiere de la internación como dispositivo terapéutico adecuado.

A pesar de que no nos proponemos realizar un estudio estadístico en relación a la población asistida, consideramos necesario mencionar que se observa un crecimiento respecto de las demandas de intervención a nuestra disciplina a lo largo de los últimos años. En el marco de nuestra experiencia visualizamos que la mayoría de las personas asistidas son mujeres adolescentes entre 12 y 15 años, que llegan a la internación a partir de la ingesta de psicofármacos como la modalidad más frecuente. Entendemos que el crecimiento de esta demanda no necesariamente expresa un aumento en la ocurrencia de estos hechos, sino que da cuenta de su configuración como una problemática social a la que es necesario dar respuesta desde la Política Pública de Salud.

## **Aproximaciones conceptuales**

A los términos analíticos del presente trabajo, entendemos al intento de suicidio como aquella acción cometida por un sujeto contra sí mismo con el objetivo de quitarse la vida –incluyendo ideaciones o pensamientos que contemplan esa finalidad-; y consideramos como conducta autolesiva al acto deliberado de producirse un daño, aunque no exista una intención manifiesta de ocasionarse la muerte.

Consideramos que ambas situaciones deben ser comprendidas –y abordadas- como formas de violencia que ponen de manifiesto situaciones de desigualdad y de asimetrías de poder, y que expresan una vulneración de derechos fundamentales de los NNyA más allá del espacio/tiempo en que se manifiesten.

En este sentido, comprendemos que las modalidades en las que se expresan las situaciones de intento de suicidio y/o conductas autolesivas o los medios que hayan utilizado para tal fin, no alcanzan para determinar unívocamente su consideración como formas de violencia, sino que por el contrario, dan cuenta de las particularidades en las que esos procesos de desigualdad se manifiestan en determinados sujetos socio-históricos.

## **Incidencia de las Políticas Públicas en la problemática**

Según los “Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes”<sup>28</sup> del Ministerio de Salud de la Nación del año 2012, el suicidio es un problema de salud grave que ha crecido a nivel mundial, reflejándose esto también en nuestro país. Según refiere:

La OMS afirma que las tasas de suicidio han aumentado un 60% en los últimos 50 años, incremento que ha sido más marcado entre los jóvenes, al punto de convertirlos en la actualidad en el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo. El suicidio a nivel mundial se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en las personas de 15 a 44 años, teniendo un alto impacto en términos de años potenciales de vida perdidos (APVP). En la Argentina, en los últimos veinte años, la tasa de mortalidad por suicidio creció considerablemente en los grupos más jóvenes (15 a 24 y 25 a 34 años). (2012, p. 10)

Si bien en nuestro país ha habido un avance en lo que respecta a las perspectivas de intervención, al marco normativo y a los lineamientos de abordaje, existe una tensión referida a las posibilidades de implementación de estas perspectivas de trabajo de acuerdo con las condiciones de funcionamiento de las políticas públicas en salud y niñez. Dicha tensión -presente en ambos campos- se expresa fundamentalmente en la ausencia de dispositivos que incluyan a NNyA que atraviesan situaciones problemáticas que requieren de una atención especializada, continua, y permanente más allá de la urgencia y/o de las modalidades tradicionalmente propuestas para su abordaje.

En nuestro país a partir del año 2015 existe la ley Nacional N 27.130<sup>29</sup> de Prevención del Suicidio que tiene como objetivo elaborar acciones no sólo para prevenir suicidios y trabajar con las personas, sus referentes familiares e instituciones a partir de acciones e intervenciones posteriores a los eventos vinculados con suicidios. Sino que también plantea la necesidad de capacitación de los profesionales para la detección y atención así como acciones que tiendan a la investigación científica y epidemiológica.

Desde nuestra experiencia, el abordaje de estas situaciones se realiza principalmente en la urgencia que se expresa en la internación. Posteriormente, se continúa el trabajo durante un período de seguimiento o acompañamiento generalmente limitado en el tiempo, que no siempre es continuado por los organismos locales pertenecientes al área de salud o niñez. Así, en muchas

---

<sup>28</sup> Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/2020-lineamientos-atencion-intento-suicidio-adolescentes.pdf>

<sup>29</sup> Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27130-245618>



ocasiones se trabaja respecto de la particularidad de la situación, encontrando dificultades para el abordaje de los múltiples determinantes estructurales que hacen a la problemática.

Respecto de esto consideramos que más allá del posicionamiento de los profesionales en relación a la modalidad de atención, el tratamiento de estas situaciones –desde los distintos organismos-, en la mayoría de los casos, se encuentra determinado por las condiciones en las que se asiste; entre las que destacamos la falta de recurso humano especializado, económico, de infraestructura, la precariedad de las condiciones de contratación, y las dificultades de acceso de la población a los servicios de salud.

Todas estas cuestiones afectan de manera significativa la intervención con los/as jóvenes y los/as referentes afectivos/as que los acompañan y se manifiestan cotidianamente generando sensaciones de frustración tanto en los/as profesionales que intervienen como en los/as usuarios/as y referentes que vivencian la extensión de las internaciones, el maltrato, la escasez de medicamentos, la modificación de sus tratamientos, el agravamiento de los padecimientos, el aumento del riesgo para los/as pacientes, la ausencia de atención, las “derivaciones fallidas” etc.

Algunos de los motivos de estas problemáticas se vinculan con las condiciones y políticas de los espacios de trabajo como ha sido descripto. Sin embargo en términos estructurales observamos una ausencia de lineamientos de acción y de políticas que den soporte y continuidad al abordaje iniciado en los procesos de internación. Las políticas destinadas a adolescencias tanto en Municipios como en la Provincia no abordan en forma integral esta problemática ni ofrecen espacios propios, terapéuticos y/o recreativos que sostengan el cuidado y protección de los adolescentes como política de Estado.<sup>30</sup>

## Procesos de Intervención

Teniendo en cuenta las particularidades sobre las que se configura la intervención del Estado respecto de aquellas situaciones que son consideradas problemáticas, el diseño de las Políticas Públicas para su abordaje necesita de la delimitación de un tipo de sujeto, de aquellas dimensiones de esa situación sobre las que se trabajará, y de las acciones necesarias para garantizar su efectividad. Esto trae como correlato la necesaria fragmentación y focalización de

---

<sup>30</sup> Posteriormente a la publicación de este trabajo en el año 2016, hubo algunos avances en la elaboración de materiales y campañas relacionadas con la Salud Mental y el Suicidio fundamentalmente promovida por organismos internacionales. También a partir de la Pandemia, se elaboraron una serie de recomendaciones para los equipos de salud. Dejamos aquí algunos materiales disponibles:

Análisis realizado por UNICEF en relación a la situación de suicidios en adolescentes de Argentina: [https://www.unicef.org/argentina/media/6326/file/Suicidio\\_adolescencia.pdf](https://www.unicef.org/argentina/media/6326/file/Suicidio_adolescencia.pdf)

Recomendaciones para abordajes en el contexto de pandemia: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/suicidio-y-autolesiones-en-contexto-de-pandemia-por-covid-19>

Consejos para prevenir el suicidio Ministerio de Salud Nacional: <https://www.argentina.gob.ar/salud/mental-y-adicciones/suicidio>

la Política en campos de intervención que abordan algún aspecto particular de la vida de uno o más sujetos.

En este sentido, se considera que el trabajo interdisciplinario e interinstitucional es la modalidad más adecuada de intervención, partiendo de la necesidad de pensar abordajes integrales –que *unan* aquello que ha sido fragmentado y focalizado–, comprendiendo a los NNyA como sujetos complejos atravesados por múltiples dimensiones.

A pesar de que existe un acuerdo generalizado de que esta problemática debe ser abordada de forma interdisciplinaria e interinstitucional, desde nuestra experiencia advertimos que en varias ocasiones el trabajo interdisciplinario queda reducido a la presencia de diversas disciplinas en un mismo tiempo-espacio aunque ello no necesariamente suponga establecer estrategias de trabajo conjuntas, la definición de un objetivo de atención, y el acuerdo respecto de las pautas de tratamiento y seguimiento. En este contexto, se reduce una propuesta de abordaje al quehacer de una disciplina, tal como sucede entre el trabajo social y el trabajo interinstitucional.

En contraposición a esto último, nos parece importante definir a la interdisciplina como “la conjunción de lenguajes diferentes, que hablan de cosas distintas, en términos diferentes y por lo tanto implica un arduo esfuerzo mancomunar puntos de vista, acercar diferencias de significado de las palabras y construir un marco.” (Cazzaniga; 2007, p. 105) Según la autora:

Si bien se puede reconocer desde las diferentes disciplinas aspectos de incumbencia específica, la comprensión de las situaciones que se abordan merecen un análisis complejo que ponga en juego las especificidades de los saberes profesionales en clave de totalidad, o dicho en otras palabras se construya, en un diálogo fecundo y horizontal, el objeto teórico de intervención (Cazzaniga; 2007, p. 107)

Por otra parte, en lo que refiere al trabajo institucional observamos que el mismo suele quedar limitado a *dar aviso* a los organismos correspondientes, únicamente con el objetivo de cumplimentar este aspecto de lo previsto por la normativa, excluyendo el trabajo conjunto para el abordaje de las situaciones.

Así, frecuentemente se demanda a otros organismos garantizar el cumplimiento de tareas de control de lo externo a la institución, como forma de solventar las deficiencias y/o la falta de recursos de la propia institución, o a modo de resguardo institucional. Como contracara de ello, algunos organismos locales y territoriales, no desarrollan procesos de intervención con estos NNyA hasta que acuden a la instancia de urgencia en una institución hospitalaria.

## La dimensión de lo familiar

Es necesario tener en cuenta que las situaciones a partir de las cuales realizamos este análisis, sólo contemplan el trabajo respecto de aquellos NNyA –y sus familias- que han

transitado por un servicio público de salud. Así, muchos de los aspectos comprendidos en las formas de entender y trabajar con las familias se encuentran atravesados por la propia delimitación que asume la política pública.

En este sentido, Jelin menciona que:

El Estado y diversas agencias sociales intervienen permanentemente conformando la familia y los roles dentro de ella, controlando su funcionamiento, poniendo límites, ofreciendo oportunidades y opciones. En este sentido, la conformación de la familia es el resultado de la intervención de diversas fuerzas e instituciones sociales y políticas: los servicios sociales, la legislación, el accionar de las diversas agencias de control social, pero también las ideas dominantes o hegemónicas de cada época, tales como la cambiante definición del ámbito de aplicación de la medicina y de la salud/ enfermedad, los mecanismos de regulación de las imágenes sociales prevaletes de la familia y la “normalidad”, las ideologías e instituciones educativas, o las definiciones sociales del lugar y objetivo de la filantropía y la caridad públicas. Las transformaciones en todo este sistema de instituciones e ideas van conformando históricamente el ámbito de la familia. (Jelin; 1998, p. 23)

Respecto de las particularidades de estas situaciones problemáticas, en el trabajo con las familias uno de los desafíos más importantes con los que nos encontramos a lo largo del abordaje refiere a la dificultad para situar la gravedad de lo ocurrido, reduciendo los hechos a un llamado de atención o algo propio de la edad -asociado a la rebeldía o el cuestionamiento de límites-. En muchas ocasiones nos encontramos que algún integrante de la familia o el NNA ya ha atravesado anteriormente por alguna situación similar que como no fue asistida por el sistema de salud, no ha sido percibida como una situación problemática.

Se individualiza el abordaje terapéutico en la singularidad del NNA, invisibilizando otros aspectos de la dinámica familiar que contribuyen al suceso. La emergencia de situaciones conflictivas en la familia en muchos casos se presenta como preeminente desdibujando el lugar de los NNA y el intento de suicidio o conductas autolesivas como una expresión de malestar o sufrimiento por parte de los mismos.

De esta manera, suele suceder que a pesar de que se contemplan aspectos que hacen a la singularidad del NNA, la minimización de otros aspectos relacionados con su trayectoria de vida, o con otros determinantes tales como el género, la clase o el territorio, impactan en la configuración de respuestas estandarizadas que en muchos casos se limitan a la existencia de asistencia terapéutica.

Es necesario tener en cuenta que, la estandarización respecto de las modalidades de abordaje, no solo refiere a la perspectiva sobre el proceso interventivo, sino también a la carencia de espacios asistenciales y de otros dispositivos alternativos de inclusión y trabajo sobre estas situaciones problemáticas.

## Consideraciones finales

Realmente pocos/as autores/as se han dado el trabajo de caracterizar cuáles son las posibles causas o factores que producen una intención suicida, autolesiva o su concreción. Se mencionan varios “factores de riesgo” o agravantes que pueden llevar a que un joven cometa esas acciones. Otros autores visualizan la problemática como algo propio en relación a la “etapa” o vinculada al “el efecto de un debilitamiento cada vez mayor de los lazos sociales sufrido por los jóvenes” (Ministerio de Salud de la Nación; 2012)

Sin embargo no existen condiciones o características predefinidas que innegablemente lleven a un NNyA a cometer un intento de suicidio o a tener una conducta autolesiva. Las dimensiones complejas que forman parte de este problema no podrían ser reducidas o simplificadas de este modo.

En la mayoría de los estudios dimensiones que tienen que ver con aspectos históricos, económicos, culturales, de género no interesan a los fines de explicar el porqué de los padecimientos. Esto, dificulta la comprensión de la problemática en su totalidad y complejidad, y no permite entender por ejemplo cómo los cambios económicos y sociales producidos han afectado particularmente a los NNyA, o por qué en provincias con otra realidad territorial ocurren con mayor frecuencia los suicidios adolescentes, o de qué modo la condición de género incide en la ocurrencia de los intentos de suicidio y conductas autolesivas.

Así, en la mayoría de los diseños efectuados para la prevención, las acciones están dirigidas a limitar los medios mediante los cuales se cometen suicidios, modificar las conductas de los NNyA en relación al alcohol, las drogas, el uso de su tiempo libre, o a alterar el rol de los medios de comunicación con respecto a cómo informar sobre el suicidio.

Consideramos que, si bien es importante tener en cuenta la singularidad de cada NNyA, es un déficit que la Política Pública únicamente se dirija a promover un cambio conductual respecto de factores que podrían considerarse de riesgo, dejando por fuera –e invisibilizando- otros determinantes que hacen a su configuración estructural.

Aún resulta un interrogante, la posibilidad de construir dispositivos de atención hospitalaria que aborden las particularidades de esta problemática contemplando su complejidad.

## Bibliografía

- Cazzaniga, Susana (2007), *Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud*  
EN: Hilos y Nudos La formación, la intervención y lo político en el Trabajo Social. Buenos Aires, Ed. Espacio.
- Fleitas, Diego M (2010), *El Problema del Suicidio en Argentina 1997 -2008. Casos de Niños y Adolescentes en las Provincias del Noroeste*. Portal seguridad.org APP Asociación para políticas públicas.

Jelin, Elizabeth (2010) *Pan y Afectos. La transformación de la familia*. Introducción. Buenos Aires. Ed. Fondo de Cultura Económico.

Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes.(2012) Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/2020-lineamientos-atencion-intento-suicidio-adolescentes.pdf>

Prevención del suicidio (2014). Un imperativo global. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.

Suicidio y autolesiones en contexto de pandemia por Covid-19. (2020) Ministerio de Salud de la Nación. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/suicidio-y-autolesiones-en-contexto-de-pandemia-por-covid-19>

## CAPÍTULO 9

# Palabras en rueda. Experiencias lectoras en salud. Taller Bibliotequeando

*María Laura Andreoni*

Aquellas y aquellos que organizan talleres culturales, esperan también que a cualquier edad, los cuentos o los textos leídos puedan ayudar a cada uno a construir un relato de sí, sugiriendo que la vida tiene una dirección, un sentido, aún cuando haya rupturas. Tal vez esto facilite que se conciban proyectos.

Michele Petit, LEER EL MUNDO. EXPERIENCIAS ACTUALES DE TRANSMISIÓN CULTURAL



*Foto producción propia: Feria del Libro 2019. Entrega de Distinción Vivalectura.*

## **Contar una experiencia supone anudar tres elementos: pasado, presente y futuro. Aquí vamos:**

El taller de Lectura Bibliotequeando se desarrolla en el Centro de Día Pichón Riviere, uno de los centros de salud mental comunitaria que forma parte del Servicio de Externación del Hospital Dr. Alejandro Korn.

En su inicio, a fines de 2015, esta propuesta retoma una experiencia previa de taller de lectura que funcionó en el centro (discontinuado por cambios en la política institucional), los intereses producidos por los y las usuarias en la lectura, fortalecidas en ese espacio y por otro lado incorpora una nueva dimensión vinculada a la puesta en valor de la biblioteca del centro, con escaso funcionamiento hasta ese momento en el dispositivo. Los objetivos que articularon estos ejes se centraron en capitalizar una experiencia acumulada y producir en conjunto con los usuarios y usuarias la gestión de la continuidad del taller.

El inicio de este proyecto se encuentra atravesado por algunos interrogantes que suponen pensar una práctica ligada a un territorio y que fueron habilitadores en la construcción de una propuesta. Una primera aproximación implicó conocer los modos de acercamiento de usuarios y usuarias a la lectura: ¿qué prácticas lectoras sostienen?, ¿De qué manera leen y en qué espacios? ¿Qué intereses lectores han podido construir y quiénes han mediado en esa construcción?

Estos interrogantes articularon con otros que fueron nexos para pensar las intersecciones entre dos territorios: un espacio de promoción de lectura en un espacio de salud mental comunitaria.

Un territorio nunca se reduce a su materialidad. Sabemos que las instituciones por las que transcurrimos, que habitamos, que padecemos son mucho más que los edificios y que en esa materialidad se juegan cuestiones imaginarias y simbólicas. (Korinfel et al, 2019, p. 23).

Un Entrelazado de vínculos entre sujetos hacen una cartografía de lazos que configuran la institución.

Cartografía de lazos, por momentos desenlazados, a veces entreverados, ocasionalmente asfixiantes, eventualmente protectores, algunos mortificantes y otros vivificantes [...] Atar/desatar, juntar/separar, aprender/desaprender: así podrían llamarse los gestos que ocupan a los oficios del lazo. Gestos políticos. (Frigerio, 2019)

Pensar la institución en estas prácticas implica interrogar la cartografía de lazos que se ponen en juego ¿En qué medida la lectura permite la construcción de nuevas experiencias que potencien aspectos de la salud, de las capacidades, del ejercicio de derechos?, ¿Cómo interviene en la producción de lazos sociales con otros sujetos e instituciones? ¿Cómo contribuye

a interrogarnos sobre las relaciones sociales que construimos? ¿Cómo aporta al reconocimiento de identidades que se potencien en el acceso a los bienes culturales?

Algunos de estos interrogantes los intentamos desandar a través de esta propuesta de trabajo que se inicia en el mes de septiembre de 2015 en conjunto con dos usuarios del centro, que participan desde la planificación inicial.

Estos interrogantes anudados, desanudados, tensionando entre sí me convocaron a habitar esta experiencia situada, desde mi práctica profesional en salud mental, con el desafío de construir una propuesta de trabajo que elabore recorridos posibles en la promoción de la lectura y la escritura como derecho cultural, en el marco de una práctica social que se torne posible, interesante y transformadora.

## **Algunas reflexiones posibles que fundamentan este encuentro entre salud mental y prácticas de promoción de la lectura**

En el marco de las transformaciones ocurridas en el campo de la salud mental, a partir de los impulsos generados a través de las reformas legislativas, que potencian un modelo social de la discapacidad y prácticas respetuosas de los derechos humanos de las personas con problemática de salud mental, se impone el desafío de generar prácticas de salud que continúen problematizando los lugares socialmente asignados a los usuarios y usuarias de salud mental que siguen centrados en la reproducción de trayectorias vitales circunscriptas a espacios de tratamiento del padecimiento.

La perspectiva en estos abordajes está centrada en lo individual, no en recuperar la construcción singular de ese padecimiento como un aspecto de la vida de los sujetos; así la atención del padecimiento se encuentra desligada de la producción de lo vital.

La reproducción de estos abordajes, introducen aún, más fragmentación en lo comunitario, lo familiar, lo vincular de los sujetos y su relación con el entorno cultural.

Los sujetos con padecimiento mental han sido históricamente vulnerados en sus derechos civiles, sociales y culturales, en el marco de un paradigma tutelar y paternalista centrado en la segregación manicomial como única respuesta terapéutica.

El desafío fue y es cómo producir prácticas que tensionen esas lógicas en su atravesamiento en lo comunitario, donde se potencie una mirada del sujeto en su dimensión integral y se convoque a la construcción de identidades que desplieguen sus saberes, sus capacidades de producción subjetiva, de elaboración en relación con otros.

En contextos de avances legislativos el desafío es articular y construir puentes hacia la modificación de las prácticas que tensionan el campo de la salud mental y más aún, en escenarios de políticas de profundización neoliberal, que en el año 2015 nos presentaron el desafío y la necesidad institucional y colectiva de producir resistencias a los embates a la ley Nacional de Salud Mental que se pusieron en marcha, como intentos de socavarla.



## ¿Por qué la lectura y cuál es la vinculación posible con el ejercicio de derechos culturales?



*Foto de producción propia. Salida recreativa con usuarios del Centro Pichón Riviere 2019*

A partir de las imágenes o fragmentos recogidos en los libros, podemos dibujar un paisaje, un lugar, un habitáculo propio. Un espacio donde podamos dibujar nuestros contornos, comenzar a trazar nuestro propio destino y desprendernos un poco del discurso de los otros o de las determinaciones familiares o sociales. La lectura nos abre hacia otro lugar, donde nos decimos, donde elaboramos nuestra historia apoyándonos en fragmentos de relatos, en imágenes, en frases escrita por otros

Michele Petit, NUEVOS ACERCAMIENTOS A LOS JÓVENES Y LA LECTURA

Para intentar dar una respuesta provisoria al interrogante que marca el título de este apartado, incorporo que la lectura desempeña un papel importante en la construcción del sí mismo, en la elaboración de la subjetividad.

En relación a este punto sitúo algunas preguntas en relación a la particularidad de esta práctica social: ¿qué subjetividades han podido construir los usuarios que atravesaron internaciones prolongadas en hospitales monovalentes, centradas en lógicas cotidianas impuestas, en un orden que instaura las condiciones de sus prácticas sociales? ¿Cómo reconocer esa producción particular en lo cotidiano para elaborar un proyecto de externación en lo comunitario que pueda ser tramado?

Los usuarios y usuarias que hoy forman parte del centro y se integraron al taller disponen de trayectorias atravesadas por prolongados períodos de institucionalización en instituciones de salud, minoridad, trayectorias de pobreza y desigualdad son marcas de estos recorridos que

articulan también con la precariedad de las condiciones de vida en sus externaciones. Marcas de desigualdad en la accesibilidad: en la atención de sus padecimientos, sus formas de expresión y sus repercusiones en los contextos y procesos educativos transitados; en la interrupción temprana de espacios de formación escolar por periodos prolongados de internación, por temprana incorporación a formas precarizadas de trabajo.

Recuperar estas experiencias fueron aspectos centrales que configuraron esta propuesta de trabajo y que abrieron otras, que potenciaron otros recorridos de acercamiento a la lecto-escritura, a la alfabetización, que fortalecieron la construcción posterior de proyectos de formación y capacitación. Así como la producción de un espacio cultural y recreativo que promovió nuevos vínculos entre los participantes.

Se abrió así a una dimensión de lo potencial, de la posibilidad, en el marco de biografías signadas por las marcas tutelares que han atravesado sus prácticas sociales.

Es fundamento de esta propuesta aportar al acceso a los derechos culturales como aspecto significativo del abordaje en la salud mental comunitaria. Abordar al sujeto en su dimensión de un proyecto de vida integral, que promueva recorridos por instituciones sociales que fortalezcan su inclusión comunitaria.

En este sentido tomando los aportes de la antropóloga Michele Petit se reconstruye cómo la lectura permite habitar un espacio propio o íntimo y ser a su vez un punto de apertura a otros mundos.

La lectura puede sacudir creencias bien firmes hasta ese momento, desvirtuar una representación del mundo entre “ellos y nosotros” por ejemplo. Pero si bien puede relajar ciertos vínculos comunitarios, también invita a otras formas de vínculo social, a otras formas de pertenencia a una sociedad. (Petit, 2001, p. 6)

El proyecto se basa en considerar que la lectura abre un campo de posibilidades al ejercicio de derechos de los sujetos, abre posibilidades de empezar a tejer una trama:

El derecho a disponer de un tiempo propio, de un tiempo de fantasía, sin la cual no hay pensamiento ni creatividad. El derecho a compartir relatos, metáforas que los seres humanos se han transmitido desde hace siglos, o milenios. El derecho a compartir textos o descubrimientos que acaban de ver la luz en el otro extremo del planeta o en una ciudad cercana. Todo eso que es parte de nuestra humanidad misma. Y, que en mi opinión, contribuye a la democratización de la sociedad (Michele Petit, 2001, p. s/d).

Lo referido se constituye en un marco teórico metodológico de abordaje que se encuentra en continua elaboración, a partir de los elementos de análisis, que el campo de la intervención va permitiendo visualizar.

Avanzando en este sentido

La didáctica de la lectura y la escritura reclaman hoy una mirada hacia la singularidad, una atención hacia lo que se presenta como diferente en cada

escenario, una consideración comprensiva de los distintos modos en que los distintos grupos sociales se van vinculando con el conocimiento y con la cultura escrita (Bombini, Fernández G, 2006).

Agrego que reclama también una ampliación en la participación de la producción cultural de cada época, en tanto recursos que permiten anudarse a una trama social como sujetos activos.

## Una modalidad siempre en construcción



*Foto de producción propia. Reunión en el Centro Pichón Riviere 2019.*

La construcción de la propuesta se desarrolló a partir de la reunión con los usuarios y usuarias, una vez por semana, para trabajar sobre el eje de conformación de la biblioteca del centro: para ello se desarrolló una tarea de planificación, búsqueda y revisión de materiales, elaboración de criterios de ordenamiento de libros disponibles.

Esto favoreció el inicio de las primeras lecturas de manera conjunta, para conocer de qué se trataban los temas de los libros disponibles en la biblioteca, conversar sobre los géneros y autores, diseñar una propuesta de codificación accesible. Esta tarea se desarrolló durante dos meses de intenso trabajo y organización en duplas, con actividades semanales pautadas.

Este primer acercamiento permitió empezar a tener ganas de leer entre todos y todas, a manifestarlas en el espacio de encuentro grupal, de modo que intercalamos el trabajo referido

de organización, con las primeras lecturas colectivas. Allí fueron expresando cada uno de los y las integrantes sus intereses de lectura, incluso había quienes no reconocían intereses específicos pero estaban presentes en la actividad; así como animarse a leer para otros y empezar con algunos trazos de escrituras posibles.

En esta gestión colectiva y participativa del proyecto fuimos trazando algunas líneas de trabajo vinculadas a reconstruir con los usuarios y usuarias sus experiencias vinculadas a prácticas lectoras, recuperando sus experiencias pasadas y actuales en torno a la lectura en diferentes contextos y a la búsqueda de referentes presentes en el acercamiento a las mismas. La puesta en valor de la Biblioteca conformada en el centro de día. La conformación del espacio de lectura colectiva, que potenció la recuperación de intereses en torno a la escritura, al ejercicio del pensamiento reflexivo y la vinculación con actividades culturales de interés. La promoción del acceso a las actividades culturales, educativas, recreativas que se desarrollan en los espacios sociales cercanos, en su barrio, localidad, etc.

En el trayecto realizado se entrecruzaron diferentes intereses de los y las participantes, las primeras expectativas en la configuración de un espacio de taller que se acercara a una experiencia escolar en tanto escenario recordado por los y las participantes como único ámbito de lectura en un tiempo pasado. En el trayecto fuimos habitando otros sentidos posibles que permitieron que la lectura opere como recurso para alojar las diversas expectativas expresadas y permitieron articular con otras instituciones que fortalecieron esos proyectos. En este sentido el taller tiene una clara intencionalidad, que es instituirse como encuentro y puente a la apertura comunitaria, a sus organizaciones barriales, a instituciones de política pública, etc.

El taller dispone de una función de coordinación (a cargo de Trabajadora social), en el marco de la misma se trabaja en la búsqueda que los y las participantes puedan asumir posiciones activas y propositivas, respetando los modos de estar posibles para cada uno. Se ha logrado conformar un grupo estable integrado por 17 participantes con apertura a 25 entre las diversas actividades sostenidas en el proyecto; con una dinámica flexible, de apertura para la incorporación e invitación en cada encuentro También se ha contado con la participación de estudiantes en el marco de sus prácticas de formación, rotantes, residentes.

La modalidad implementada en el espacio de lectura colectiva (taller), encuentra su fundamento en que el acceso a la lectura, requiere disponer de un encuadre flexible, pero no regulado en su totalidad, debe permitir a los usuarios y usuarias entrar y salir de acuerdo a las posibilidades, necesidades e intereses. Es preciso señalar que para alojar se deben construir acompañamientos a las trayectorias singulares, actividades que recuperen esos recorridos y favorezcan formas heterogéneas de accesibilidad.

La modalidad propuesta incluye actividades pautadas y decididas en el grupo con orientaciones incorporadas desde la coordinación. Al final de cada actividad se sugieren líneas posibles para el próximo encuentro, en tanto el momento de la evaluación y planificación se considera como una tarea colaborativa. En dichos encuentros fueron surgiendo modalidades de elaboración escrita de los y las participantes como elementos para circular e intercambiar, como producción cultural para comunicar, expresar con voces propias en el espacio público.

Cabe señalar que en el actual contexto de emergencia sanitaria hemos tenido un período de suspensión de las actividades del taller, sosteniendo actividades de articulación con algunas propuestas y convocatorias virtuales mediadas, dado que la mayoría de los y las usuarias no disponen de conectividad.

Hemos retomado actividades en grupos pequeños en enero de este año, sosteniendo las medidas de cuidado en el espacio físico que disponemos.

## Aproximaciones de un recorrido con final abierto



*Foto de producción propia. Reunión en el Centro PreAlta 2019.*

Se lee como bombero en tiempos de incendio. No se puede ser a-bombero dijo alguien. Se lee metido en una época, cruzado por las ideas, pasiones y formas de una época con los instrumentos de análisis, la sensibilidad y las fronteras subjetivas de una época, de espaldas o de cara a las cuestiones de una época. Se lee a favor o en contra de como está el mundo [...] Se lee marcado por lo que se rechaza y lo que se quiere. [...] Se lee para escapar, para volver, para seguir, para encontrar fuerzas o consuelo. Para ver como son los otros y cómo es uno. Se lee de casi todas las maneras y se lee distinto cada vez (...)

Ricardo Mariño, LECTOR TURISTA. LECTOR VIAJERO

Esta experiencia se constituyó como un espacio participativo con intervención directa de usuarios y usuarias en la gestión del espacio y del proyecto. Compartimos en este artículo aspectos que consideramos centrales y que llevamos adelante durante el período fines 2015-2019.

Bibliotequendo se instituyó como una propuesta de lectura que vehiculiza la expresión utilizando como herramientas cuentos y poesías que aportan a construir sentidos, tejer lazos y narrar las propias historias que restituyan la condición de sujetos de derechos de usuari@s en

proceso de recuperación de la salud. Pretende ser un puente de inclusión comunitaria y promotora de derechos culturales.

En el trayecto de construirla habitamos otros sentidos posibles en los cuáles la lectura opera como recurso para alojar diversas expectativas que ponen en juego los y las participantes, para promover encuentros, intercambios, redes que potencian la salud desde una dimensión integral.

En ese recorrido se potenciaron distintas acciones que permitieron crear el espacio de lectura y escritura, estrategias de difusión de la biblioteca entre los usuarios y usuarias del centro de día, participantes o no del taller de lectura y sus grupos vinculares y familiares, vecinos del Centro de Día que se acercaban a colaborar.

Se realizó la primera publicación de una revista del taller de lectura “Nuevos rumbos”. Una mirada diferente desde el Centro Pichón Riviere. Año 2017. Esta producción gráfica reunió las elaboraciones escritas de cuentos, poesías, notas de opinión de los y las participantes. Trabajo que realizamos de manera conjunta con estudiantes y docentes de la Escuela Secundaria “Benito Lynch” en el marco del trayecto curricular de diseño multimedial. Accedimos a su publicación en papel a través del aporte de la Facultad de Trabajo Social, en el marco de la apoyatura de recursos para las prácticas de formación profesional, con estudiantes que participaron del dispositivo.

También realizamos intervenciones en el espacio público, para darnos a conocer en la comunidad cercana: armado de un puesto de libros usados en la vereda del centro, actividades con teatro leído y acción poética; que nos permitieron armar redes de intercambios de libros, circular invitaciones sobre actividades artísticas en la ciudad, para abrirnos a otros recorridos culturales.

Se promovió el acercamiento a experiencias de formación de club de lectores en bibliotecas populares que permitieron la vinculación con espacios comunitarios que trabajan en relación al acceso a la lectura como un derecho cultural.

Se desarrollaron estrategias de intercambio de materiales de lectura con bibliotecas populares como la Biblioteca Pestalozzi de Berisso, participando del Club de lectores. Se potenció el desarrollo de actividades culturales de interés: Participación en ferias del libro, talleres culturales, visitas a muestras artísticas, a librerías.

Se desarrollaron encuentros de inter-talleres de lectura en espacios de salud, y centros culturales. Se promovieron actividades de difusión de la revista Nuevos Rumbos en ferias y emprendimientos locales.

Participamos como colectivo de actividades de cine debate en el marco de la semana de la Salud Mental en el Hospital Dr. Alejandro Korn, socializamos la propuesta del taller y compartimos elaboraciones escritas de los y las participantes.

Participamos del Certamen Vivalectura (2019). Fundación Santillana. Creado por el Ministerio de Educación de la Nación el 17 de septiembre de 2007, **declarado de interés educativo y cultural** por el Senado de la Nación obteniendo el segundo premio en la categoría sociedad por el Proyecto Taller de Lectura Bibliotequeando: Palabras en rueda, junto a otras experiencias nacionales de lectura. Distinción entregada en la Feria del Libro

en la ciudad de Buenos Aires, a la cuál concurrimos conjuntamente los integrantes del taller.

<https://www.youtube.com/watch?v=34Z7yqyhVXU&t=593s>

Esta experiencia también contó con una publicación en Revista Premio Vivalectura y circulación web. <https://www.premiovivalectura.org.ar/publicaciones/>. La distinción del proyecto permitió el acceso a un incentivo económico que fue destinado a generar recursos para sostener las actividades. Decisiones de uso que se trabajaron colectivamente en el grupo del taller.

- Nos integramos como invitados en el Lanzamiento del Proyecto Vivalectura 2020, difundimos nuestra experiencia en la Biblioteca Parque de la Estación y leímos la producción poética de uno de los participantes del taller quién la elaboró para esa presentación. <https://www.facebook.com/vivalectura/posts/1635404213266293>
- Participamos de un documental corto como producto audiovisual del taller de lectura realizado por estudiantes de la Facultad de Arte, en el marco de documentar una experiencia como trabajo curricular de formación.

<https://drive.google.com/file/d/1gF9dbGRdlUo7glGJZkvOf7noeFSqVD1p/view?usp=sharing>

Esta heterogeneidad de propuestas, generaron en los y las participantes, intereses muy diversos que permitieron explorar y reconstruir nuevos lugares como sujetos capaces de crear, buscar, e introducir rupturas con identidades asignadas e incómodas. Identidades que puedan articular posiciones que amplíen los márgenes de políticas públicas que reconozcan derechos y que efectivamente incluyan y alojen.

## Referencias

- Faraone S. y Barcala A. (2020). *A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. Coordenadas para una cartografía posible*. Buenos Aires: Teseo.
- Fernández, M. G. (2006) “¿Donde está el niño que yo fui?”. Adolescencia, literatura e inclusión Social. Ed. Biblos.
- Frigerio, G. Korinfeld, D. Rodriguez, C. (comp.) (2019). *Trabajar en instituciones: Los oficios del lazo*. Ed. Noveduc.
- Mariño R. (2019) “Lector Turista. Lector Viajero”. (S/D)
- Petit, M. (2014) “Lecturas: del espacio íntimo al espacio público”. Fondo de Cultura Económica. 2001.
- Petit, M. (2014) “Leer el mundo. Experiencias actuales de transmisión cultural”. Fondo de cultura económica.
- Petit, M. (1999) *Nuevos Acercamientos a los jóvenes y la lectura*. Fondo de Cultura Económica. 1999.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26657.

# Las autoras

## Coordinadoras

### **Contreras, Mercedes**

Lic. en Trabajo Social, egresada de la FTS de la UNLP. Docente de las asignaturas Trabajo Social IV y Salud y Epidemiología Sociocultural de la FTS. Investigadora del Instituto de Investigación en Trabajo Social y Sociedad. Ha dictado el Seminario curricular Intervenciones en el Campo de la Salud: desafíos actuales para el Trabajo Social (2018/22). Ha sido residente, jefa de residentes y docente invitada en la Residencia de Trabajo Social del HIGA San Martín de La Plata. Se desempeña como Coordinadora de la Asesoría en Salud Sexual Integral del mismo hospital y es integrante de la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir. Es autora y co-autora de varias ponencias y artículos sobre la temática de salud.

### **Weber Suardiaz, Clara**

Lic. en Trabajo Social, egresada de la FTS de la UNLP. Mg. en Trabajo Social. Profesora de Trabajo Social IV de la FTS/UNLP. Docente, Investigadora y extensionista en la FTS de la UNLP. Directora de la Especialización en Intervenciones Sociales en perspectivas feminista y derechos humanos. Ha dictado el Seminario curricular Intervenciones en el Campo de la Salud: desafíos actuales para el Trabajo Social (2018/22). Docente- Investigadora de la Universidad de Luján. Ha publicado numerosos artículos en libros y revistas, y ha participado en encuentros y jornadas de intercambio académico. Ha sido residente e instructora de Residentes, en el Hospital Dr. Alejandro Korn. Su ejercicio profesional se desarrolla en distintos ámbitos de la salud.

### **Zucherino, Laura**

Lic. en Trabajo Social, egresada de la FTS de la UNLP. Maestranda en Trabajo Social FTS UNLP. Profesora de Trabajo Social IV de la FTS/UNLP. Docente, investigadora y extensionista en la Facultad de Trabajo Social de la UNLP. Formación de posgrado vinculada al campo del Trabajo Social, de la salud y de la niñez. Ha dictado el Seminario curricular Intervenciones en el Campo de la Salud: desafíos actuales para el Trabajo Social (2018/22). Ha sido Residente e Instructora de residentes en la Residencia de Trabajo Social. Se desempeña como Jefa de Unidad del Servicio



Social del Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría Sor María Ludovica, de La Plata. Es autora y co-autora de ponencias y publicaciones sobre el campo de la salud.

## **Autores**

### **Andreoni, María Laura**

Lic. en Trabajo Social, egresada de la UNLP. Docente de la Facultad de Trabajo Social, en el cargo de ayudante diplomada, integrante del Grupo de Estudios Salud Mental y Políticas Públicas del centro de estudios de Trabajo Social y sociedad. FTS/UNLP. Se desempeña como trabajadora social en el Centro de Día Pichón Riviere del HIEA y C. Dr. Alejandro Korn. Ha sido residente de salud en la misma institución. Ha presentado numerosos artículos vinculados con la temática en jornadas de intercambio.

### **Cabral, Marina**

Lic. en Trabajo Social, egresada de la FTS, UNLP. Realizó la Residencia básica en el Hospital Sor M. Ludovica y Post básica en CUCAIBA. Dictó junto a otras docentes propuestas de formación en salud para estudiantes de Trabajo Social. Actualmente es docente en la asignatura de Trabajo Social IV y desarrolla tareas de Investigación en la UNLP. Ha dictado el Seminario curricular Intervenciones en el Campo de la Salud: desafíos actuales para el Trabajo Social (2018/22). Se desempeña como coordinadora docente en el Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias en Varela y como Trabajadora Social en el HZGA Dr. R. Gutierrez de La Plata.

### **Corrales, Luisina**

Lic. en Trabajo Social, egresada de la UNLP. Especialista en Infancias y Juventudes, CLACSO. Se desempeña como trabajadora social en el Hospital de Pediatría S.A.M.I.C “Prof. Dr. Juan Pedro Garrahan”. Ha realizado la Residencia de Salud en el H.I.A.E.P Sor María Ludovica en la ciudad de La Plata. Adscripta en la materia de Trabajo Social IV en la FTS de la UNLP durante 2019.

### **Garay, María Belén**

Lic. en Trabajo Social, egresada de la UNLP. Fue residente del HIGA San Martín de La Plata. Es Diplomada en Equidad de Género en Salud. Se desempeña como trabajadora social del área de maternidades del mismo Hospital, desarrollando proyectos de intervención e investigación.

### **Iribarne, Martina**

Lic. y Prof. En Trabajo Social y Mg. en Comunicación y DDHH. Es docente de la Facultad de Trabajo Social -UNLP- y forma parte del Servicio Social del HIAEP Sor María Ludovica. La mayor parte de sus saberes, conocimientos e inquietudes han nacido del diálogo con niñas y adolescentes a quienes acompaña cotidianamente en sus trayectorias de salud-enfermedad-atención-cuidado. Se pregunta acerca de las formas de construcción de la adultez a partir de las que se legitiman y sostienen los sistemas adultocéntricos. De vez en cuando hace cosas de adulte como hablar en tercera persona, escribir artículos o redactar presentaciones.

### **Pellagatti, Federico**

Lic. en Trabajo Social. Docente de la Licenciatura en Trabajo Social, en la materia Trabajo Social y Análisis Institucional de la Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata. Desempeña su ejercicio profesional en el campo de la salud.

### **Rochetti, Natalia**

Licenciada en Trabajo Social, egresada de la FTS de la UNLP. Ayudante diplomada en la asignatura Trabajo Social IV. Es investigadora y extensionista en la FTS /UNLP. Se desempeñó como ayudante alumna en la asignatura Derecho I de la mencionada unidad académica. Realizó la Residencia en Salud, y actualmente integra el equipo de profesionales del Comité contra la Tortura de la Comisión Provincial Por la Memoria. Es autora y co-autora de varias ponencias y del Informe Anual del CCT de la CPM. Ha participado en numerosos encuentros de carácter académico.

### **Schlegel, Nair**

Lic. en Trabajo Social, egresada de la UNLP. Fue residente del HIGA San Martín de La Plata, donde transitó por áreas de maternidad y participó en la Asesoría en Salud Sexual Integral, así como implementa en la actualidad estrategias comunitarias para el acceso a la salud. Actualmente se desempeña como Trabajadora Social en Centro de atención y articulación territorial (CAAT) de la municipalidad de San Carlos de Bariloche y realiza la Diplomatura de Discapacidad y Derechos Humanos de la Universidad del Comahue.

Intervenciones en el campo de la salud : reflexiones desde Trabajo Social /  
Claudia Weber Suardiaz ... [et al.] ; coordinación general de Mercedes  
Contreras ; Claudia Weber Suardiaz ; Laura Zucherino. - 1a ed. - La Plata :  
Universidad Nacional de La Plata ; EDULP, 2023.  
Libro digital, PDF - (Libros de cátedra)

Archivo Digital: descarga  
ISBN 978-950-34-2324-0

1. Salud. 2. Trabajo Social. I. Weber Suardiaz, Claudia, coord, II. Contreras, Mercedes,  
coord. III. Zucherino, Laura, coord.  
CDD 361.32

Diseño de tapa: Dirección de Comunicación Visual de la UNLP

Universidad Nacional de La Plata – Editorial de la Universidad de La Plata  
48 N.º 551-599 / La Plata B1900AMX / Buenos Aires, Argentina  
+54 221 644 7150  
edulp.editorial@gmail.com  
www.editorial.unlp.edu.ar

Edulp integra la Red de Editoriales Universitarias Nacionales (REUN)

Primera edición, 2024  
ISBN 978-950-34-2324-0  
© 2024 - Edulp

**S**  
sociales

  
Edulp  
EDITORIAL DE LA UNLP



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE LA PLATA