



Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Paula Inés Tortosa

tortosapaula@gmail.com

Trayectorias de atención y cuidado en la salud de mujeres en
situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría de Epidemiología,
Gestión y Políticas de Salud del Departamento de Salud Comunitaria

Director de Tesis

María Pía Pawlowicz

<https://doi.org/10.18294/rdi.2017.173280>

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la
Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library
"Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Tortosa, P. I. (2015). *Trayectorias de atención y cuidado en la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Lanús. Recuperada de http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/Tesis/MaEGyPS/Tortosa_P_Trayectorias_2015.pdf

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso



www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y
POLÍTICAS EN SALUD
COHORTE N° 12 (2009-2011)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO

TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN Y CUIDADO DE LA SALUD
DE MUJERES EN SITUACIÓN DE CALLE EN LA CIUDAD
AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

MAESTRANDA
Lic. Paula Inés Tortosa

DIRECTORA
Mgr. María Pía Pawlowicz

FECHA DE ENTREGA
Marzo, 2015

Lanús, Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y
POLÍTICAS EN SALUD
COHORTE N° 12 (2009-2011)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO

TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN Y CUIDADO DE LA SALUD
DE MUJERES EN SITUACIÓN DE CALLE EN LA CIUDAD
AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

MAESTRANDA
Lic. Paula Inés Tortosa

DIRECTORA
Mgr. María Pía Pawlowicz

INTEGRANTES DEL JURADO
Mgr. Andrea Daverio
Dra. María Gabriela Irrazabal
Dr. Mariano Perelman

FECHA DE APROBACIÓN
22/10/2015

CALIFICACIÓN
10 (Diez)

A todas las personas
que sobreviven en las calles

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a las mujeres que compartieron sus historias e hicieron posible la realización de esta tesis.

A mi directora María Pía Pawlowicz por su generosidad, dedicación y contención en este proceso.

A los/as docentes y compañeras/os de la Maestría cuyos debates y preguntas resuenan en este trabajo.

A mis compañeras del equipo de investigación, en particular a Belén Sopransi, Malena Lenta, Romina Moschella y Roxana Longo.

A Graciela Zaldúa por transmitir su saber-hacer implicado y hacer sugerencias significativas.

A los/as compañeros/as de Médicos del Mundo y del Costanera.

A mis amigos/as que me alentaron para que termine, especialmente a Deborah, Fernanda, Agustina, Natalia y Julieta.

A mi compañero Thomas por apoyarme siempre.

A mi hermana Manuela, quien me inspira a diario en su lucha por un mundo mejor.

Y por último, a mi mamá Patricia quien me transmitió su sensibilidad por las injusticias sociales.

RESUMEN

Las mujeres en situación de calle sobreviven en condiciones de marginalidad, atravesando procesos de vulneración de derechos. Frente a este territorio de opresión e inequidades sociales, las mujeres construyen estrategias de supervivencia. El objetivo de este estudio consistió en analizar las trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad de Buenos Aires, distinguiendo los recorridos que desarrollan para resolver sus problemas de salud, los recursos desplegados y las prácticas de ciudadanía. Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo con una estrategia metodológica cualitativa que se basó en datos de fuentes primarias. Se administró una entrevista semi-estructurada a 9 mujeres en situación de calle, contemplando los requisitos del Consentimiento Informado y la Ética Relacional. El material se organizó en categorías y fue analizado desde una perspectiva hermenéutica-dialéctica. Los resultados demuestran que los principales padecimientos que afectan a las mujeres y sus familias son: enfermedades del sistema respiratorio, dolencias osteomusculares, infecciones odontológicas, problemas ginecológicos, consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, violencias y sufrimiento mental. Para intentar resolver estos padecimientos las mujeres articulan distintas modalidades de atención: biomédica, autoatención y otras formas tradicionales - populares. El material empírico permitió indagar acerca de los procesos de desafiliación-reafiliación social en el marco de la experiencia en calle, dando cuenta de la multiplicidad de redes y lazos que las mujeres tejen y sostienen cotidianamente. A su vez, estas relaciones sociales, en muchos casos funcionan como recursos facilitadores de procesos de restitución de derechos, desplegando una ciudadanía más ampliada. Por último, se realizaron dos trazados singulares de las trayectorias, en las que se observa que las mujeres producen formas de resistencia a las opresiones de género y clase social, empleando múltiples recursos, aún en los contextos más críticos y desfavorecidos.

PALABRAS CLAVE: personas sin hogar; salud de la mujer; vulnerabilidad social; ciudadanía

ABSTRACT

Women in street situation survive in conditions of marginalization, suffering processes of infringement of rights. In this territory of oppression and social inequities, women build survival strategies. The aim of this study consisted in analyzing the trajectories of health care of women in street situation in the city of Buenos Aires, distinguishing paths carried out to solve their health problems, resources displayed and citizenship practices. It is an exploratory-descriptive study and the methodological strategy was based on qualitative data from primary sources. A semi-structured interview was conducted on 9 women, looking at the ethical requirements of Informed Consent and Relational Ethics. The material is organized into categories and was analyzed from a hermeneutic-dialectic perspective. The results show that the major health problems that affect women and their families are: diseases of the respiratory system, musculoskeletal illnesses, dental infections, gynecological problems, problematic consumption of psychoactive substances, violence and mental suffering. In order to try to solve the problems that affect their health, women articulate different ways of attention: biomedical, self-care and other traditional – popular forms. The empirical data allows the examination of processes of social desafiación-reafiliación in the context of street experience, showing the multiplicity of networks and bonds that women weave and sustain on a daily basis. These social relationships often function as resources and facilitators of processes of restitution of rights, displaying a more expanded citizenship. Finally, two unique paths of trajectories show that women produce ways of resisting the oppressions of gender and social class, using multiple resources, even in the most critical contexts.

KEY WORDS: homeless persons; women health; social vulnerability; citizenship

LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1. Características socio demográficas de la muestra.....	37
--	-----------

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

AUH: Asignación Universal por Hijo

BAP: Programa Buenos Aires Presente

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

FIT: Formación con Inclusión para el Trabajo

GCBA: Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

IVC: Instituto de la Vivienda de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

MDM: Médicos del Mundo

MSC: Mujeres en Situación de Calle

ONG: Organización No Gubernamental

PSC: Personas en Situación de Calle

P/S/E/A/C: Proceso de Salud- Enfermedad- Atención-Cuidado

SENAF: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia

TS: Trabajadora Social

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN y PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1 <i>Propósito</i>	11
1.2 <i>Problema</i>	11
1.3 <i>Preguntas</i>	14
1.4 <i>Hipótesis</i>	14
1.5 <i>Justificación</i>	14
1.5.1 Relevancia Social	14
1.5.2 Relevancia Académica	14
1.5.3 Relevancia Personal	15
2. ESTADO DEL ARTE	16
2.1 <i>Situación de Calle</i>	16
2.1.1 Aproximaciones a una definición	16
2.1.2 Dimensiones de la situación de calle en la CABA	18
2.1.3 Trayectorias en situación de calle	19
2.2 <i>Mujeres en situación de vulnerabilidad</i>	20
2.2.1 Género y Salud	20
2.2.2 Las mujeres en situación de calle	21
3. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	24
3.1 <i>Perspectiva de Género</i>	24
3.2 <i>Exclusión social</i>	25
3.2.1 La nueva cuestión social	25
3.2.2 Género y exclusión social	27
3.3 <i>Salud</i>	27
3.3.1 Proceso de Salud/enfermedad/Atención/ cuidado	27
3.3.2 Trayectorias en Salud	29
3.3.3 La producción de Cuidados	30

3.4 <i>Derechos y Ciudadanía</i>	30
3.4.1 Derechos	30
3.4.2 Mujeres y Ciudadanía	31
4. OBJETIVOS	33
4.1. <i>Objetivo General</i>	33
4.2. <i>Objetivos Específicos</i>	33
5. METODOLOGÍA	34
5.1 <i>Tipo de estudio</i>	34
5.2 <i>Población y Muestra</i>	34
5.2.1 Población	34
5.2.2 Muestra	35
5.3 <i>Instrumentos de recolección de datos</i>	36
5.4 <i>Trabajo de campo</i>	36
5.5 <i>Procesamiento y análisis de datos</i>	38
5.6 <i>Principios éticos</i>	38
RESULTADOS	
6. EXPERIENCIA EN CALLE	40
7. LOS RECURSOS DE LA CALLE	54
8. PADECIMIENTOS Y ATENCIÓN DE LA SALUD EN LA CALLE ...	68
9. CIUDADANÍA Y PROYECTOS DE VIDA	87
10. TRAYECTORIAS DE SALUD Y RESISTENCIA	98
11. CONCLUSIONES	109
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114
APÉNDICES	123

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

1. INTRODUCCIÓN Y PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Esta Tesis aborda las trayectorias de atención y cuidado de la salud de las mujeres en situación de calle (MSC) en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). El análisis se ha centrado en la perspectiva de las mujeres, en tanto ellas son poseedoras de un saber-hacer que muchas veces es invisibilizado por las instituciones de asistencia, las políticas públicas y las producciones académicas.

Las MSC han atravesado en sus historias personales diversos procesos de vulneración de derechos, y desarrollan su cotidianeidad en un contexto de precariedad material. La calle condensa un territorio de inequidades sociales y opresiones producto del sistema capitalista patriarcal. A pesar de este escenario desfavorecedor, las mujeres despliegan estrategias para intentar resolver sus padecimientos, cuidar de su salud y crean condiciones de posibilidad para formular prácticas de restitución de derechos y ampliación de ciudadanía.

1.1 Propósito

La presente Tesis se propone contribuir a dar respuesta a un área de vacancia de conocimientos e incrementar los saberes respecto de las distintas trayectorias de atención y cuidado de MSC en la CABA tomando en cuenta su propia perspectiva. Asimismo, se analiza la problemática de las MSC de modo que pueda servir como aporte para ampliar derechos y como insumo para la planificación de políticas públicas.

1.2 Problema

La situación de calle se caracteriza por la transitoriedad y supone la construcción de un territorio complejo y diverso en el que diferentes dimensiones se encuentran en tensión (Pipo, 2011). Algunas de las que configuran este proceso de exclusión social son: pobreza estructural, desempleo, desalojos, déficit de viviendas, migraciones, políticas neoliberales y procesos de vulneración de derechos (Saizar, 2002; Biaggio, 2006; Médicos del Mundo, 2010).

En la actualidad existe una heterogeneidad de personas que sobreviven *en y de* la calle en la CABA, de las cuales se distinguen: algunas que atravesaron situaciones de encierro en instituciones penales o en hospitales monovalentes psiquiátricos, chicos y chicas con experiencia de vida en calle, víctimas de la política de desalojo del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) y sobrevivientes de situaciones de violencia. También hay recolectores/as de materiales con pernocte esporádico en calle, otras que duermen

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

diariamente en ranchadas o solas en la vía pública, personas alojadas en paradores y hogares del gobierno, están quienes perciben un subsidio habitacional transitorio otorgado por el GCBA para alquilar un cuarto de hotel y las que se encuentran en riesgo de situación de calle habitando viviendas ocupadas y asentamientos precarios (Biaggio, 2006; Boy, 2009; Pasamonik, 2009; Médicos del Mundo, 2010).

Debido a las condiciones marginales en las que desarrollan sus vidas cotidianas, las personas en situación de calle (PSC) presentan un alto grado de vulnerabilidad, que se expresa en la susceptibilidad al desarrollo de problemas de salud (Zaldúa, 2002). En ese aspecto se destacan: obstáculos en la accesibilidad a los servicios socio-sanitarios, enfermedades respiratorias, dolencias de los músculos esqueléticos, infecciones cutáneas, malestares digestivos, consumo problemáticos de sustancias psicoactivas y sufrimiento mental (Médicos del Mundo, 2010). Estos padecimientos se ven agravados y complejizados por la situación de exclusión social, incidiendo en la esperanza de vida (Médicos del Mundo, 2010). Asimismo, las PSC en la CABA se encuentran expuestas a distintas situaciones de violencia tanto estructurales, como episodios cotidianos de malos tratos que se han caracterizado por la represión y criminalización (Defensoría del Pueblo, 2009; Boy, 2010).

En lo que respecta al rol del Estado frente a la problemática de la situación de calle en la CABA, desde fines de los años '90 a esta parte, se han ido implementando algunas políticas focalizadas, principalmente desde el área de Desarrollo Social del GCBA (Boy, 2009). Estas incluyen la creación de dispositivos específicos para la asistencia como ser: Programa Buenos Aires Presente (BAP), Subsidio Habitacional para Familias en Situación de Calle, Nuestras Familias, Ciudadanía Porteña, Hogares y Paradores. No obstante, las políticas son asistencialistas reduciendo el problema a la variable habitacional, estigmatizando y excluyendo de recibir beneficios sociales a gran parte de la población (Biaggio, 2006; Pallares & Ávila, 2014).

En lo que atañe a las instituciones públicas de la CABA, tanto en el sector Salud como en Desarrollo Social, es necesario mencionar las lógicas de vaciamiento y desfinanciamiento implementadas por el gobierno local, como así también las situaciones de precariedad y flexibilidad laboral de los/as trabajadores/as (Zaldúa, 2011). Además de las prestaciones estatales, existen otras organizaciones no gubernamentales (ONG) que asisten a PSC: entidades religiosas, que tradicionalmente han brindado ayuda a esta población y diversas organizaciones laicas.

A pesar de las diferentes respuestas de atención, aparecen en forma fragmentada y aislada, muchas veces ubicando a las PSC como *objeto* de: las prácticas biomédicas (Menéndez, 2009; Spinelli, 2010), la filantropía privada, la caridad de las instituciones

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

religiosas o de la tutela del Estado (Silva Rosa *et.al.*, 2005) que atribuye beneficios sociales para los pobres en vez de Derechos (Fleury, 2007).

En materia legislativa, se destaca en el año 2010 la sanción de la Ley N° 3706 en CABA “Protección y garantía integral de los derechos de las personas en situación de calle y en riesgo a la situación de calle”, como el resultado del trabajo colectivo e intersectorial de ONG, trabajadores/as del Estado, PSC (tanto organizadas como auto-convocadas), legisladores/as y académicos/as. Esta ley, reglamentada en el año 2013, explicita los derechos de las PSC como ciudadanos, especifica los deberes y garantías del Estado frente a esta problemática. Sus artículos otorgan centralidad a la realización e implementación de políticas públicas en salud para las PSC. Sin embargo, a pesar de lo promulgado en la Ley N° 3706, existen pocas estrategias institucionales en el Sistema Público de Salud de la CABA diseñadas para intervenir con las problemáticas que atraviesa esta población (Pallares & Ávila, 2014).

Atendiendo a la especificidad de las MSC, se contextualiza la problemática en relación al proceso de *feminización de la pobreza*, que se caracteriza por el empobrecimiento material, la anulación de derechos y empeoramiento de las condiciones de vida de las mujeres en relación a otros actores sociales (Chant, 2003). En consecuencia, la situación de calle es considerada un *proceso opresivo* basado en inequidades sociales y de género, producto de la sociedad patriarcal (Pardis, 2009). Las MSC son más susceptibles que los varones a experimentar situaciones de violencia, produciéndose la *invisibilización* de la problemática y profundizando aún más la exclusión social (Asamblea UN, 1993; Herrero Fernández, 2003).

De este modo, atendiendo al entrecruzamiento entre mujeres, violencias y situación de calle, cabe retomar algunas preguntas alzadas en investigaciones anteriores: ¿de qué modos la experiencia en calle puede resultar una continuidad de las situaciones de violencia hacia las mujeres? (Pardis; 2009; Litichever, 2009).

En cuanto a los dispositivos de asistencia a MSC, se evidencia la discriminación en las prestaciones, en tanto están destinados mayoritariamente a varones en situación de calle y a nivel periodístico se ha señalado que muchas veces no cuentan los elementos de higiene básica específicos para mujeres (Andreozzi, 2010). También, la *culpabilización* de las mujeres que son madres y se encuentran en situaciones de extrema pobreza e indigencia frente a algunos descuidos parecería ser una práctica habitual de las instituciones sociales, educativas y sanitarias (Zaldúa, 2011).

Las MSC forman parte de un sector poblacional en el que las políticas sociales no parecerían tener impacto suficiente para revertir la situación de extrema vulneración de derechos. Sobreviven en condiciones extremas, no pudiendo ejercer plenamente su

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

ciudadanía. No obstante, aún en este contexto adverso que las re-victimiza, culpabiliza y patologiza, las MSC han podido generar distintas estrategias para sobrevivir, enfrentar sus problemas de salud y desarrollar procesos de restitución de derechos.

1.3 Preguntas

Ante esta compleja problemática se plantean los siguientes interrogantes: ¿Cuáles son las trayectorias que realizan las MSC en la CABA para dar respuestas a sus problemas de salud? ¿Cómo intervienen los procesos de desafiliación – reafiliación social en sus estrategias de atención?

1.4 Hipótesis

Las trayectorias de atención y cuidado de la salud de las MSC implican estrategias dinámicas que se desarrollan a partir del despliegue de redes y lazos sociales poniendo en tensión la situación de vulnerabilidad.

1.5 Justificación

1.5.1 Relevancia Social

Las situaciones de inequidad social que atraviesan las MSC exige profundizar en el campo de conocimiento para tener información cierta y actualizada que brinde elementos para la comprensión y abordaje de esta problemática. La naturalización de la situación de calle como paisaje cotidiano, invita a interpelar las prácticas profesionales y la implementación de las políticas sociales. En estos contextos de exclusión social, surge la importancia que desde la Universidad Pública se investiguen estas temáticas a los fines de producir conocimiento que pueda servir como insumo para la transformación de la realidad.

1.5.2 Relevancia Académica

Teniendo en consideración el corpus de conocimiento, desde el punto de vista teórico- académico, esta investigación busca dar respuesta a una vacancia de conocimiento concerniente a la problemática de las MSC en la CABA. En la revisión de la bibliografía acerca de personas en situación de calle se han registrado vastos estudios con chicos y chicas, algunos de los cuales incorporan la perspectiva de género. Asimismo, se ha encontrado gran cantidad de abordajes de la población adulta, sin embargo no muchos atienden en profundidad a las particularidades de las problemáticas que presentan las mujeres en situación de calle.

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

A su vez, el análisis de las trayectorias de atención y cuidado de la salud abordada desde un enfoque cualitativo con fuentes primarias, puede aportar la profundización de las dimensiones del proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado (p/s/e/a/c) en el contexto de la situación de calle.

1.5.3 Relevancia Personal

Desde la implicación personal, el tema elegido para investigar surge como una pregunta que comenzó a resonar en mis espacios laborales y de militancia, que pude complejizar gracias a la cursada de la Maestría. Considero que la situación de calle es una de las máximas expresiones de la injusticia social y en particular la problemática de las mujeres aparece silenciada e invisibilizada.

Como trabajadora de la salud, egresada y estudiante de la Universidad Pública, sostengo la importancia de intervenir con grupos sociales que atraviesan procesos de opresión y exclusión social. Por este motivo, desde hace varios años me he dedicado a trabajar con personas en situación de calle y vulnerabilidad social (he trabajado en dos programas dependientes de Desarrollo Social del GCBA y en dos organizaciones de la sociedad civil, desde enfoques muy disímiles).

Como incipiente investigadora, siento la responsabilidad social de generar conocimiento desde un abordaje que promueva la reflexividad crítica. Esto implica una postura académica comprometida que no estigmatice a las mujeres y que pueda ser de utilidad para incidir -directa o indirectamente- en su situación.

El abordaje de esta investigación desde un enfoque feminista y una ética implicada, que toma los relatos de las mujeres destacando las potencialidades y los procesos que generan inequidades, ha constituido un desafío y una elección académico- política. En este recorrido he intentado problematizar, complejizar mis saberes, supuestos y prácticas, que espero pueda reflejar en mis espacios laborales.

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

2. ESTADO DEL ARTE

2.1 Situación de Calle

2.1.1 Aproximaciones a una definición

En la bibliografía disponible existen múltiples referencias teóricas respecto a la población que se encuentra viviendo en la calle: *sin techo, sin hogar, situación de calle, errantes, nómades urbanos, indigentes, desafiliados, situación de vulnerabilidad social, de/en riesgo, parias urbanas, habitantes de calle, linyeras, callejeros, crotos* (Spradley, 1988; Castel, 1995; Marchese, 2006; Boy, 2009; Bachiller, 2010). En este aspecto, cabe señalar que estas conceptualizaciones no son sinónimos y pertenecen a distintos marcos teóricos producidos en diferentes contextos socio-históricos. Al respecto, se realizarán algunas consideraciones.

La existencia de la población que pernocta en las calles no es reciente, hay caracterizaciones que pueden ser remitidas a principio de siglo XX en varias grandes urbes del mundo. En Argentina, ya a partir de 1920, se comenzó a denominar *crotos* y *linyeras* a varones que se definían como propios de una cultura itinerante y dueños de su propia fortuna, viviendo a los márgenes de la sociedad (Pallares, 2004). Eran personas a las cuales el gobierno les permitía viajar gratis en ferrocarriles en busca de empleo, y también eran conocidos como *trabajadores golondrinas*. Se los vincula entonces con la construcción de un *individualismo romántico* basada en una visión del *hombre libre* (Rubinich, 2008).

A estos *linyeras* y *crotos* también se los asociaba con rasgos personales socialmente condenados como vagos, sucios, delincuentes, alcohólicos o locos (Pallares, 2004). No obstante los cambios políticos, económicos y sociales de gran relevancia ocurridos de 1920 a esta parte, algunos de estos supuestos respecto a las PSC, siguen operando como centrales en el imaginario social¹ (Boy, 2009; Biaggio, 2010).

Es importante destacar los diversos aportes realizados en Estados Unidos a partir de la década del '70 a los estudios de *homelessness* (*sin hogarismo*). Los estudios más emblemáticos han sido de la antropología social basados en el método etnográfico. Spradley (1988) realiza una descripción densa de las distintas prácticas de subsistencia que las personas realizan en el contexto de la calle. El autor los describe como *nómades urbanos* poseedores de una subcultura caracterizada por la movilidad, la alienación, la pobreza y un conjunto de estrategias de subsistencia. Al igual que Spradley, la gran

¹ Por *imaginario social* se entiende “al conjunto de significaciones por las cuales un colectivo –grupo, institución, sociedad- se instituye como tal” (Fernández, 2007, p. 39). De este modo construye relaciones socio-materiales y delimita universos de sentidos (Castoriadis, 1997; Fernández, 2007).

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

tradición de estudios sobre la temática, focalizó su análisis en el carácter nomádico y el aislamiento social de esta población (Bachiller, 2010).

A fines de los '80 y '90, las lógicas neoliberales han propiciado en países subalternos de América Latina procesos cada vez más exacerbados de exclusión, expulsión y exterminio social de una parte de la población (Breilh 2010, p. 84). En este contexto de crisis socio-económica y desempleo masivo, hacia fines de los '90, surge en la metrópolis porteña un nuevo fenómeno social: las *personas en situación de calle* (Boy, 2010).

En el año 2010 con la sanción de la Ley 3706 de CABA, se propone una definición de *situación de calle* que comprende a personas que “habiten en la calle o espacios públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en forma transitoria o permanente y/o que utilicen o no la red de alojamiento nocturno” (Ley 3706/10). A su vez también delimita lo que se considera “riesgo a la situación de calle”, incluyendo en ese conjunto a personas que se encuentren en alguna de las siguientes situaciones: por egresar de alguna institución y estén en condiciones de vulnerabilidad habitacional, que hayan recibido notificación de desalojo, que habiten en estructuras temporales, en asentamientos, sin acceso a los servicios o en forma hacinada.

La amplitud y ambigüedad de algunas de las terminologías explicitadas en la Ley 3706 establece interpretaciones diversas sobre los criterios de inclusión y exclusión de esta categoría. Esta dificultad se debe también a las características heterogéneas de cómo desarrolla la vida en calle, que no puede reducirse a una definición ontológica. En ese aspecto, estudios del campo de las infancias proponen un abordaje desde la *experiencia de vida en calle*, dando cuenta de una realidad dinámica, en la que puede haber períodos breves o más prolongados de estadía en la calle y que se van configurando de manera diferente cada vez (Llorens, 2005; Pasamonik, 2009). Esta experiencia deja marcas que pueden ser transformadas y resignificadas en las trayectorias de vida.

La incorporación de la noción de *experiencia* pone el énfasis en el carácter transitorio y el concepto de *situación* permite enfatizar el carácter procesual dinámico, en el que se produce un acotamiento del tiempo y del espacio en un *aquí* y un *ahora*. En esta *situación* se configura una lógica singular que establece una manera particular de vincularse. Se trata entonces de una *situación* compleja, con múltiples atravesamientos y diferentes modalidades subjetivas de habitarla (Duschatzky y Corea, 2002; Pipo, 2011).

En conclusión, para el abordaje y delimitación del objeto de estudio se ha partido de lo enunciado en la Ley 3706 e incorporando las nociones de *experiencia* y *situación*. Asimismo, se propone retomar los aportes de Spradley (1988), quien plantea la importancia de relevar en cada contexto cómo las personas definen su propia problemática.

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

2.1.2 Dimensiones de la situación de calle en la CABA

En 1997 el incremento cuantitativo de PSC en CABA impulsa un conjunto de políticas sociales, en el marco bajo el cual gobierno porteño lanzó el “Programa Sin Techo” orientado a brindar asistencia a las que entendía como necesidades básicas de esta población (Boy, 2009). Estas políticas consistían en armar una red de hospedaje nocturno transitorio y luego otorgar subsidios habitacionales por un lapso de 6 meses, entendiendo que en ese período las personas iban a revertir su situación de calle. Esto visibiliza cómo el Estado a través de sus políticas sociales define y construye un determinado tipo de problema, que en este caso lo define en términos de *emergencia habitacional* y también mediante sus tecnologías produce un objeto-sujeto de su intervención: los *sin techo* (Boy; 2009; Biaggio, 2010).

Las políticas sociales implementadas para el abordaje de las problemáticas de la situación de calle en CABA, mayoritariamente han sido de corte neoliberal. Se caracterizan por ser focalizadas, asistencialistas y paliativas en tanto no proponen modificaciones a los motivos que suscitaron la situación de calle (Saizar, 2002; Rosa, Cavicchioli & Brêtas, 2005, Boy, 2010).

A partir de la implementación de estos programas sociales del GCBA se fue construyendo una *identidad merecedora de asistencia*. Esta acotada definición en muchos casos implica, que para tener acceso a una prestación social, que debería ser un derecho, es necesario demostrar que la persona o grupo familiar se encuentra en una situación crítica y de suma precariedad (Biaggio, 2010). La categorización que estas políticas proponen, deja por fuera de muchas prestaciones sociales a la diversidad de personas que viven en la calle. A su vez, se trata entonces de *procesos estigmatizantes* de PSC en los que se da una dinámica de atribución “rasgos que se imponen por la fuerza a nuestra atención y que nos llevan a alejarnos de las personas que los portan, anulando el llamado que podrían hacer los restantes atributos” (Goffman, 2003, p. 15 apud Biaggio, 2010, p. 44). El ser catalogado con estos estigmas traería aparejado prácticas discriminatorias tanto entre las personas que comparten esos rasgos como los que no. Estos procesos operan en muchos casos en términos de violencia simbólica, asociada a cristalizaciones de sentido instituidas en el devenir cotidiano (Fernández, 2007).

Reforzando estos procesos estigmatizantes, se encuentra la conformación de *circuitos de calle* que consisten en la recorrida diaria que las PSC realizan por diferentes instituciones que brindan asistencia básica para la subsistencia, tales como comer y dormir, incluyendo ONG e instituciones del GCBA. Este *circuito* funciona como círculo vicioso y se caracterizan también por cronificación de la situación, agudizando los procesos de *exclusión social* (Rosa, Cavicchioli & Brêtas, 2005; Biaggio, 2006; Biaggio, 2010; Biaggio & Verón, 2010).

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

A pesar de la heterogeneidad de PSC, algunos rasgos insisten entre diversas investigaciones: la pérdida de la identidad social, la ruptura de los lazos familiares, el desempleo y la carencia del Estado para dar respuestas a largo plazo (Saizar, 2002; Boy, 2009). A su vez, siguiendo el legado de Spradley (1988), varios estudios describen detalladamente las estrategias, tanto materiales como simbólicas, que las PSC idean para poder garantizar su subsistencia (Pallares, 2004). Al respecto, pueden distinguirse tres grupos: 1- los que desarrollan estrategias individuales de supervivencia, 2- los que optan por la estrategia de agrupación y 3- los que aún no han desarrollado estrategias (Saizar, 2002). Algunas de estas se encuentran relacionadas con la construcción de redes barriales y vínculos afectivos de soporte material-económico, que implican la utilización del *espacio urbano como recurso* (Bufarini, 2006).

Actualmente, desde el campo de la antropología social varios abordajes ponen en tensión la asociación de la situación de calle con un proceso de total desvinculación social (Bachiller, 2010; Biaggio, 2011). Desde esta perspectiva, visibilizan “los límites del discurso que asocia la exclusión con la disolución de sociabilidades” (Biaggio, 2011, p. 178) y describen cómo las personas van estableciendo relaciones y redes en los nuevos territorios que habitan, conservando en muchos casos vínculos familiares, aún en situación de calle. De este modo, se observan procesos de *reafiliación social* y recomposición de las redes territoriales. Esos vínculos sociales, en muchos casos se transforman en recursos esenciales para la adaptación cotidiana y subsistencia tanto en lo material como emocional (Bachiller, 2010). Esta aproximación plantea una reformulación de los modos de interpretar la problemática y en consecuencia interpela los modelos de intervención e investigación con PSC.

2.1.3 Trayectorias en situación de calle

El análisis de las trayectorias ha sido una forma de investigar los procesos sociales a partir de cómo estas se inscriben y las relaciones respecto al entramado social en el que se desarrollan. A su vez, en contextos de vulnerabilidad, el estudio de las trayectorias ha permitido, a través de las experiencias personales, dar cuenta de los procesos que llevan a esa situación y las estrategias desarrolladas por los/as sujetos/as para sobrellevarlo (Litichever, 2009).

En investigaciones con chicos y chicas en situación de calle se ha trabajado respecto de las trayectorias de vida mediante la construcción de relatos con el objetivo de recuperar

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

los *procesos subjetivantes*² de una población que muchas veces no es escuchada (Lenta, 2013). En los relatos analizados, se destaca que la cotidianeidad de estos chicos y chicas se desarrolla en actividades de sobrevivencia extrema, atravesada por procesos de exclusión social, que los aleja del ejercicio de ciudadanía. Sin embargo, también se han registrado, momentos de clivaje que han generado la apertura para la producción de nuevos sentidos. Esto pone en cuestión la fatalidad de los destinos de exclusión expresados por algunos discursos sobre la infancia callejera. También se resalta cómo es posible en espacios institucionales a pesar de las condiciones laborales y políticas, a través de la práctica de trabajadores/as implicados/as, alojar estas *infancias en indefensión*, habilitando otros procesos subjetivantes que no estén anclados en la exclusión.

Siguiendo los aportes de los estudios de infancias en situación de calle, resulta pertinente tomar los que vinculan las trayectorias institucionales y la construcción de ciudadanía. A través del análisis de material empírico, se propone una clasificación posible (Litichever, 2009):

-*Trayectoria institucional funcional*, en el que el pasaje por las instituciones se utiliza de manera instrumental o funcional para satisfacer algo que se percibe como necesidad.

-*Trayectoria institucional participativa* son similares a las primeras, pero se diferencian en que existe el registro de espacios en los cuales se pueden negociar las necesidades e intereses en forma participativa.

-*Trayectoria institucional estratégica*, en la que se destacan la vivencia de situaciones de restitución y de defensas de derechos.

Tanto la primera como la segunda, tienen en común que se da sin el reconocimiento de que los/as chicos y chicas son sujetos/as de derecho, mientras que en la tercera se ubica un hito de restitución y a partir de eso se propician procesos de construcción de ciudadanía (Litichever, 2009).

2.2 Mujeres en situación de vulnerabilidad

2.2.1 Género y Salud

En relación al p/s/e/a/c de MSC cabe destacar por lo menos dos cuestiones centrales a tener en cuenta: la primera se ha observado como fenómeno en la población en situación de calle en general y la segunda en grupos familiares de distintas clases sociales. En primer

² *Procesos subjetivantes* alude a una concepción de “*subjetividad* que no es entendida como sinónimo de individualidad o interioridad psíquica, tampoco es solamente mental y discursiva, sino que comprende prácticas, cuerpos, y sus intensidades” (Fernández, 2008, p. 9). Es producida en el encuentro con otros/as y presenta múltiples inscripciones. No está dado a priori, se trata de un proceso que está en permanente producción y devenir (Fernández, 2008).

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

lugar, existe una *cultura de calle* relativa al p/s/e/a/c, que se caracteriza por estrategias que idean las PSC para resolver sus padecimientos. Estas prácticas de autoatención articulan distintas modalidades y muchas veces son ignoradas por las políticas públicas, los programas de asistencia y los/as trabajadores/as de distintos sectores (Rosa, Cavicchioli & Brêtas, 2005).

En segundo lugar, tradicionalmente, al interior del grupo doméstico las prácticas de autoatención han sido desarrolladas principalmente a través de mujeres que ocupan el rol de madres (Menéndez, 2003). A su vez, se resalta cómo en el contexto de devastación de las políticas neoliberales, las mujeres de sectores populares han podido construir *resistencias colectivas* que intentan promover la capacidad para formular restitución de derechos y prácticas de atención en salud (Pardis; 2009; Battistessa & Matusevicius, 2010; PNUD, 2010; Zaldúa, 2011). Del mismo modo, se destaca que desde el año 2001, en un contexto de pobreza, desempleo y vulnerabilidad social en Argentina, se han desarrollado procesos de *autonomía* y protagonismo de las mujeres de los sectores más afectados por la crisis (Zaldúa, Sopransi & Longo, 2010).

2.2.2 Las mujeres en situación de calle

En términos cuantitativos, las MSC en los grandes centros urbanos de distintos países es menor que la cantidad de varones. Sin embargo, se visibiliza que cualitativamente las problemáticas y las situaciones de vulnerabilidad social se encuentran profundizadas en el caso de las mujeres (Defensoría de la Pcia. de Córdoba, 2012).

Respecto a las diferencias en la situación de calle entre varones y mujeres hay que atender a la categoría de *género* en tanto construcción socio-histórica y como tal está atravesada por múltiples dimensiones culturales y políticas (Scott, 1996; Boy, 2010). La problemática de la exclusión social se encuentra estrechamente ligada al género y configura un territorio de extrema vulnerabilidad que se puede catalogar como una doble exclusión: mujer y pobreza. Las MSC se encuentran bajo múltiples amenazas a su salud y su integridad física, habiéndose registrado prácticas de extrema violencia biomédica como la esterilización forzada y abortos involuntarios (Tiradentes, 2007).

Estudios locales sugieren que una diferencia que se observa en relación a los varones, es una mayor utilización de los recursos institucionales por parte de las mujeres. Esto se debe a una multiplicidad de cuestiones. Por un lado, debido a mandatos socioculturales que asocian a las mujeres como tuteladas y dependientes de un otro y a los varones como proveedores a través del trabajo. A su vez, las mujeres tendrían mayor facilidad para generar y tejer redes sociales, lo cual puede funcionar como sostén emocional

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

y socio-económico (Tiradentes, 2007; Boy, 2010). A pesar de los mandatos sociales relacionados a las diferencias de género, muchas MSC han sido capaces de generar sus propias estrategias para subsistir y configurar nuevos lazos afectivos significativos. En algunas oportunidades, estos lazos han servido como fuente de empleo y posible alternativa a la situación de calle (Matus, 2013).

Por otro lado, hay diversas políticas sociales y en salud –tanto a nivel Nacional y local - enfocadas a sectores populares y empobrecidos, las cuales son principalmente dirigidas a mujeres que son madres con hijos/as. Entonces, estos aspectos culturales y la mayor presencia de políticas sociales, podrían explicar la diferencia cuantitativa entre hombres y mujeres en situación de calle (Boy, 2010).

A diferencia del corpus de estudios a nivel local, en Norteamérica hay una vasta cantidad de investigaciones específicas acerca de MSC. La tradición dominante ha buscado explicaciones explotando la vulnerabilidad y falta de privacidad de estas mujeres, reproduciendo imágenes y discursos patologizantes de la situación de calle (Pardis, 2009). Muchos discursos asocian a las mujeres pobres a estereotipos de alto contenido discriminatorio: como *víctimas* circunstanciales o estructurales; como *criminales peligrosas* e *invasoras* del espacio público; y también *vagas- vividoras* de los beneficios sociales. Estas tres imágenes se encuentran constantemente en interacción produciendo una significación social de las MSC como enferma, incoherente, víctima de violencia que puede volverse peligrosa en cualquier momento (Pardis, 2009). Esto tiene un claro impacto en las políticas sociales y posiciona a las MSC como incompetentes para comprender su propia problemática. Como consecuencia, las investigaciones que reproducen estas imágenes y discursos no otorgan valor a los conocimientos propios de estas mujeres.

En oposición a estos estudios tradicionales, se registran otros abordajes desde el feminismo que analizan la problemática de MSC en forma crítica, enmarcándola en un contexto histórico complejo que debe ser entendido en relación a los *procesos de opresión* producidos por: la colonización, el patriarcado y las políticas neoliberales. Desde esta postura se describen los impactos emocionales, psicológicos y espirituales de la situación de calle en una forma no estigmatizante. También se destaca que a partir de esta situación de marginalidad y opresión, se producen fortalezas y conocimientos, que funcionan en forma contra hegemónica del orden establecido de exclusión y recuperan la dignidad en búsqueda de justicia social (Pardis, 2009).

Las recomendaciones de los estudios con MSC a nivel internacional promueven la historización de la problemática, la interdisciplinariedad, el intento por comprender los procesos psicosociales que las atraviesan, prácticas de prevención y promoción de la salud

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

y el abordaje desde una perspectiva de género como enfoque determinante (Cabrera, 1999; Tiradentes, 2007; Pardis, 2009; Defensoría de la Pcia. de Córdoba, 2012).

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

3. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

3.1. *Perspectiva de Género*

Desde el enfoque feminista³ se plantea la centralidad de la categoría *género* para el análisis del p/s/e/a/c según postula Mari Luz Esteban (2006). Por este motivo deviene necesario integrar algunas dimensiones relativas a la perspectiva de género, en tanto eje transversal de la presente investigación. Al respecto, Menéndez advierte que cada género se define en las relaciones sociales “y no por supuestas esencias diferenciales de tipo biológico, psicológico o inclusive culturales” (Menéndez, 2006, p. 5).

Si bien existe cierto acuerdo respecto a que el *género* es una construcción social y relacional, para poder realizar un abordaje en salud desde esta perspectiva, Esteban (2006) destaca dos consideraciones: la inscripción histórico-social de la naturalización de las mujeres y una revisión de los conceptos de *género* y *sexo*.

En el primer punto, subraya que los procesos de naturalización han llevado a la cristalización de las mujeres en su capacidad reproductora, considerando a la maternidad como un hecho “natural”. La supervisibilización de los roles reproductivos asociados al ámbito doméstico y privado, se dio en sincronía con la invisibilización de aportes en los ámbitos productivos pertenecientes a la esfera pública. En este aspecto el feminismo se ha esforzado por cuestionar e intentar desnaturalizar estas cristalizaciones de sentido en relación a los roles estereotipados.

Otro de los aportes significativos del feminismo es el concerniente a la distinción entre *género* y *sexo*. En las primeras conceptualizaciones la diferenciación se basó en tomar al *género* como una construcción social, y al *sexo* ligado a lo anatómico, dado por la biología. Estas teorizaciones sufrieron diversas críticas en posteriores desarrollos aunque se señala que devinieron necesarias y operativas en el contexto histórico de su producción. Actualmente, desde distintos campos de conocimiento se pone en cuestión esta distinción y se considera que el *sexo* también es una construcción social (Esteban, 2006; Parga, 2013, p. 91).

Dicho de otro modo, que son las desigualdades sociales –el género– las que interpretan y explican las diferencias biológicas –el sexo– de una determinada manera, y no al revés, como se piensa habitualmente. En concreto, el concepto occidental de sexo se ha construido y se construye desde una mirada totalmente jerárquica, dicotómica y heterosexual del cuerpo humano y de las relaciones sexuales (Esteban, 2006, p. 14).

³ Si bien se hace alusión a “una” perspectiva feminista, corresponde a una simplificación discursiva, ya que existe una pluralidad de feminismos.

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

La autora señala algunas dificultades que presentan algunos abordajes del concepto de *género*: se lo considera en muchas ocasiones como ahistórico, acrítico y esencialista, produciendo dicotomías (hombre-mujer, masculino-femenino), invisibilizando otro tipo de construcciones.

Desde una perspectiva crítica, se destacan los aportes para la discusión y conceptualización de estas categorías realizados por Judith Butler (2001), quien introduce la dimensión de la *performatividad* para pensar las identidades en relación al género, las que considera en forma dinámica y en un proceso de construcción permanente, en tanto pueden ser resignificadas y transformadas. En conclusión, “el género se convierte en algo que se hace en vez de ser algo que se es” (Butler, 2001 apud Esteban, 2006, p. 15).

En las sociedades occidentales contemporáneas, esta *performatividad* se encuentra atravesada por un modelo heteronormativo del género, sexo y de la sexualidad (Butler, 2001). Este modelo es el producto de un *sistema patriarcal*, que instituye un orden de poder legitimado en la división sexual del trabajo. Mediante diversos dispositivos de control de los cuerpos, naturaliza diferencias sexuales y define lo que se consideran conductas y roles apropiados. El orden patriarcal constituye una forma de opresión y dominación dirigida hacia las mujeres, y también opera en todo el conjunto social con diferentes matices y mecanismos (Scott, 1996; Castellanos, 2006).

3.2 *Exclusión social*

3.2.1 La nueva cuestión social

Las políticas neoliberales que comenzaron a operar en América Latina a mediados de los años '70 y se afianzaron en Argentina durante la última dictadura cívico militar, tuvieron como consecuencia procesos de Privatización y Achicamiento del Estado (Oslak, 2004). Se evidencia de este modo la caída de algunas instituciones que cohesionaban a la sociedad, como lo eran el pleno empleo y la escuela pública, que suponía la posibilidad de movilidad social (Boy, 2010).

En ese aspecto, se muestra un patrón común respecto a las políticas sociales implementadas en la región, sobre todo mediante la influencia de organismos internacionales de financiación como el Banco Mundial. Durante los años '90, el Estado profundizó el modelo neoliberal y se caracterizó por el diseño de políticas con un “un modelo minimalista en lo social” (Ase & Burijovich, 2009, p. 28). Estas políticas sociales tuvieron en común medidas de combate contra la pobreza mediante una individualización del riesgo (Fleury, 2007).

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Sonia Fleury (2007), retomando a Robert Castel (1995), plantea la importancia de tratar “lo social” a partir de su emergencia como *cuestión social*, lo cual implica el “reconocimiento de nuevos problemas que aparecen en la arena política a partir de la transformación de las necesidades en demandas” (Fleury, 2007, p. 102). Al respecto, la *nueva cuestión social* que plantea la problemática de las PSC está asociada al proceso de *exclusión social* (Castel, 1995; Boy, 2009) de carácter transversal y no sincrónico. Es un proceso relacional y cultural que implica la negación de derechos de ciudadanía a una parte significativa de la población (Fleury, 2007). De este modo, se expulsa a los/as sujetos/as de la esfera pública, se los/as despoja de derechos y genera *procesos de desubjetivación* que se constituyen en modos de exterminio, que condena a poblaciones a ser pura supervivencia (Agamben, 2000; Zaldúa, 2011).

Para describir el *proceso de exclusión social*, Castel (1995) distingue lo que denomina *zonas de cohesión social* en base a la asociación entre división social del trabajo y la participación en las redes de sociabilidad. En esta clasificación la relación entre estabilidad laboral y una inserción relacional consistente generarían una *zona de integración*, mientras que la no participación en actividades productivas y el aislamiento relacional se encontrarían en una *zona de exclusión social/desafiliación*.

El personaje-tipo de la zona de marginalidad profunda o de desafiliación es el vagabundo. No trabaja, aunque podría trabajar, por lo menos en el sentido de que no está discapacitado. Al mismo tiempo está desvinculado de todo soporte relacional. Es el errante, el extranjero que no puede ser reconocido por nadie y por ello es rechazado en todos lados. En consecuencia caen sobre él medidas represivas crueles, desde el exilio hasta la muerte en casos extremos. La zona de marginalidad, que prefiero llamar zona de desafiliación para marcar bien la amplitud del doble desenganche: ausencia de trabajo y aislamiento relacional (Castell, 1995, p. 28).

No obstante, las zonas mencionadas no deben considerarse en términos absolutos, sino como parte de un proceso dinámico y constante. En esta división Castel ubica a la *vulnerabilidad social* en tanto zona intermedia que combina precariedad laboral y soportes sociales frágiles. Estos procesos de exclusión social se encuentran ligados también a sufrimientos mentales (Galende, 2008).

Frente a la precariedad laboral, muchos grupos populares han podido crear estrategias de compensación mediante las redes sociales de protección (Castel, 1995). Las nuevas relaciones que las personas van tejiendo ponen en tensión las características de desafiliación y constituyen los procesos de *rea filiación social*. Aun en contextos de precariedad extrema, se desarrollan distintos tipos de socializaciones, muchas veces vinculadas a actividades de subsistencias (Bachiller, 2010). Desde esta perspectiva, tal

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

como fue señalado en el Estado del Arte, aportes contemporáneos de la antropología social destacan que la situación de calle no debe ser equiparada en su totalidad con la situación de pobreza y aislamiento relacional ya que se corre el riesgo de silenciar e invisibilizar los procesos de recomposición de las redes sociales (Bachiller, 2010).

3.2.2 Género y Exclusión Social

El concepto de *Feminización de la Pobreza*, surge en Estados Unidos en la década de los setenta y luego se traspone su uso a América Latina (Aguilar, 2011). Este concepto remite al continuo y creciente empobrecimiento de las mujeres, el empeoramiento de sus condiciones de vida y la vulneración de derechos. En el contexto actual, este constructo implica que las mujeres presentan desventajas respecto a los otros actores sociales en términos de ingresos económicos, que se expresa en la denegación de oportunidades y opciones (Chant, 2003).

Si bien muchos estudios expresan la *Feminización de la Pobreza* en términos de resultados, es necesario poner el foco en su carácter de proceso social y no de estado o consecuencia, atendiendo a cómo se inscribe la pobreza y cómo operan las relaciones de género (Aguilar, 2011; Medeiros & Costa, 2008). Por ende, estos procesos de inequidades en términos de género deben ser comprendidos en su carácter relacional y también respecto a la violencia estructural instituida por el *sistema patriarcal* y las lógicas neoliberales (Tortosa, 2009). En esa intersección se profundizan los sistemas de explotación/opresión/dominación (Zaldúa, 2011).

3.3 Salud

3.3.1 Proceso de Salud/enfermedad/Atención/ cuidado

El p/s/e/a/c opera estructuralmente en todos los conjuntos sociales en tanto es parte de un proceso social que establece colectivamente la producción de subjetividad, por ende “el sujeto, desde su nacimiento –cada vez más ‘medicalizado’–, se constituye e instituye, por lo menos en parte, a partir de este proceso” (Menéndez, 1994, p. 71). Los conjuntos sociales construyen prácticas y significaciones colectivas para intentar entender y solucionar lo que se percibe como daños generados a la salud, siendo el p/s/e/a/c el campo en el que “se estructuran la mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones colectivas en las sociedades” (Menéndez, 1994, p. 71).

Para Menéndez, el p/s/e/a/c debe ser interpretado desde un *enfoque relacional*. Este enfoque se encuentra centrado en el análisis de los procesos de interacción y el sistema de relaciones que se construyen. En este aspecto, el p/s/e/a/c debe ser analizado a partir de las

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

relaciones existentes entre los distintos actores sociales, teniendo en cuenta los distintos niveles en los que opera y las articulaciones posibles (Menéndez, 1994). Este proceso está atravesado por múltiples dimensiones: biológicas, económicas, sociales, políticas, ambientales, culturales (Breilh, 2010).

Para indagar respecto del p/s/e/a/c y sus dimensiones el autor propone una definición amplia de *padecimiento* y engloba:

una extensa variedad que va desde dolores episódicos de cabeza, dolores musculares leves, temperaturas poco elevadas, resfríos o escozores transitorios, pasando por dolores del alma, estados de tristeza, ansiedades o pesares momentáneos (Menéndez, 2004).

Por lo tanto, esta noción daría cuenta de un criterio de inclusión más amplio respecto a la conceptualización de “enfermedad” más emparentada con el saber biomédico. Respecto a la *atención de los padecimientos* es referida a “todas aquellas *actividades* que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales, es decir, que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar” (Menéndez, 2004).

Menéndez propone distintos *modalidades de atención* se encuentran conformados por la variedad de *saberes, formas y modelos*, que se utilizan para la detección de problemas de salud, y en algunos casos como criterios de curación (Menéndez, 2009). Formas, saberes y modelos son conceptos complementarios con diferentes niveles de abstracción. Los *saberes* son sentidos y “prácticas organizadas como un saber que operan a través de curadores o sujetos y grupos legos”; *formas* remite “las experiencias utilizadas por sujetos y grupos, y donde el interés está en obtener las trayectorias y experiencias individuales”; y *modelos* “una construcción metodológica que refiere a los saberes tratando de establecer provisionalmente cuáles son sus características y funciones básicas” (Menéndez, 2009, p. 25).

En las prácticas y comportamientos de los grupos en torno a sus padecimientos, se pueden distinguir, por lo menos cinco saberes y formas de atención predominantes (Menéndez, 2011):

a. *Biomédicas*, se refiere principalmente a las prácticas en el primer nivel de atención y del nivel de especialidades para padecimientos físicos y mentales que la biomedicina reconoce como enfermedades. Esta clasificación también incluye distintas formas de psicoterapias.

b. *“Popular” y “Tradicional”*: incluye prácticas relacionadas con curanderos, shamanes, yerberos, santos o figuras religiosas de diferentes cultos.

c. *Alternativas, paralelas o new age*: que incluyen a sanadores, bioenergéticos, nuevas religiones curativas de tipo comunitario, etc.

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

d. *De otras tradiciones médicas académicas*: acupuntura, medicina ayurvédica, medicina mandarina, etc.

e. *Autoayuda*: cuya característica básica radica en que están organizadas y orientadas por las personas que padecen o padecieron ese tipo de problemática. Tal es el caso de Alcohólicos Anónimos.

Las diferentes modalidades de atención son desarrolladas a partir de distintos procesos socio –culturales y económicos en base a las necesidades y posibilidades de los sujetos y grupos sociales. Esto también incluye “estrategias de supervivencia desarrolladas por personas ubicadas en situación de marginalidad y extrema pobreza” (Menéndez, 2009, p. 30).

La clasificación mencionada dista de ser exhaustiva, estática, ni mucho menos exclusiva. Estas formas y saberes operan en un proceso dinámico, ya sea en su especificidad o en articulación con otras formas y saberes. Esta dinámica opera en dos niveles: el primero tiene que ver con las relaciones establecidas entre las diversas formas de atención por los operadores de las mismas, mientras que el segundo nivel está referido a la integración de dos o más saberes y formas de atención por los sujetos o grupos que tienen algún padecimiento.

En el segundo nivel se generaría la mayoría de las articulaciones entre los distintos modos de atención. La categoría de *autoatención* refiere a las significaciones colectivas y prácticas que las personas construyen para intentar “diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios” (Menéndez, 2003, p. 198) sin necesariamente la intervención de trabajadores/as de la salud. Por lo tanto, es en las *trayectorias de autoatención* que realizan las personas donde se observan estas articulaciones (Menéndez, 2009).

3.3.2 Trayectorias en Salud

Con respecto al concepto de *trayectorias en salud*, se considerarán dos dimensiones a atender: la *experiencia de padecimiento* y el *itinerario terapéutico* (Margulies, 2006; Teodori, 2013).

La *experiencia del padecimiento* ha sido estudiada principalmente en los trastornos crónicos, los cuales tienen un devenir variable a lo largo del tiempo y el centro de atención es la experiencia subjetiva de vivir con un padecimiento (García García, 2004). Esta categoría entonces se encuentra posicionada desde la perspectiva de los sujetos y la *experiencia de enfermedad*, poniendo el énfasis no en la enfermedad y su sintomatología sino en los significados del padecer (Cortés, 1997). En ese sentido se afirma que esta

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

experiencia es “un proceso de alteración subjetiva, que pone en cuestión la integración de la imagen que el sujeto tiene de sí y en la que habitualmente se reconoce” (Cortés, 1997, p. 89).

Entonces, cotidianamente, en las prácticas de autoatención/autocuidado las personas, en forma colectiva y/o individual, construyen *trayectorias*, las cuales implican el recorrido que el/la sujeto/a padeciente realiza en busca de resolver los problemas que considera atañen a su salud (Margulies, 2006; Alves & Souza, 1999). Esta noción remite a una secuencia de eventos, y designa un conjunto de estrategias y decisiones que tienen como objetivo el tratamiento de un padecimiento (Ferreira Mangia, 2008). Este recorrido no se encuentra únicamente ligado a la asistencia médica, sino que toman en consideración varias modalidades que pertenecen a distintas formas y saberes de atención.

3.3.3 La producción de Cuidados

Las distintas modalidades de atención, en la mayoría de los casos, implican a otro/a ubicado en el lugar de cuidador/a, que no necesariamente es un profesional o un/a trabajador/a, ni tampoco se desarrolla exclusivamente en una institución.

En el *encuentro* con el/la cuidador/a en la *producción de cuidado* se puede generar una nueva producción de subjetividad (Merhy & Franco, 2011). Desde esta perspectiva, el *cuidado* no es tomado únicamente desde las nociones biomédicas que reducen las problemáticas de salud a factores de riesgo y recaen en una responsabilidad individual (Spinelli, 2010), sino que “es entendido como una acción integral, que tiene significados y sentidos volcados hacia la comprensión de la salud como derecho” (Carvalho Camargo, Macruz Feuerwerker & Merhy, 2007, p. 260). Es decir, es interpretado desde la posibilidad de construir *actos en salud*, que implica un espacio de intersección/intervención que no sólo opera desde la carencia, sino también como motor en la búsqueda de bienestar (Merhy & Onoko, 1997). Asimismo, pueden producirse prácticas de *des-cuidado* asociadas con procesos de vulneración de derechos.

3.4 Derechos y Ciudadanía

3.4.1 Derechos

La categoría de *vulnerabilidad social* puede ser abordada desde distintos enfoques. Como ya fue señalado, Castel la aborda en relación al empleo y los lazos sociales. A su vez, la conceptualización se vincula con la Abogacía por los Derechos Internacionales del Hombre y promueve la promoción de los derechos de ciudadanía a grupos o individuos frágiles jurídica o políticamente (Alves, 1994).

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Asimismo, la *vulnerabilidad social* debe ser entendida en sus múltiples dimensiones: económicas, sociales, sanitarias y subjetivas (Castel, 1995; Zaldúa, 2011). En el campo de la salud implica el aumento de la susceptibilidad a padecimientos y menor disponibilidad de recursos para defenderse (Ayres, 2006). Es decir, la situación afecta fuertemente la relación con las prestaciones socio-sanitarias, produciendo barreras de accesibilidad a los servicios y programas.

El uso jurídico del término *derecho* alude a “cuando el ordenamiento jurídico reconoce a un sujeto una potestad- la de hacer o no hacer algo, y la de reclamar correlativamente de otros sujetos que hagan o no hagan algo” (Abramovich & Curtis, 2006 p. 1). Es decir, es una pretensión justificada jurídicamente sobre lo establecido en la ley. Breilh (2009) en el campo del derecho a la salud propone atender a la categoría de *justiciabilidad*, que implica el reclamo efectivo hacia el Estado cuando “no cumple con su obligación de garantizar los derechos sociales reconocidos en la Constitución” (López Oliva & Valobra, 2007, p. 25).

3.4.2 Mujeres y Ciudadanía

La construcción del sujeto de *ciudadanía* y las cualidades que le competen surgen en Europa en el siglo XVIII. Esta formulación se sustenta en la división del mundo público y privado, partiendo de un enfoque androcéntrico y excluye a las mujeres del contrato social/sexual considerando que el ámbito público pertenece sólo a los varones (Rietti & Maffía, 2005; Pecheny, 2009).

Históricamente, se ha excluido a las mujeres de la categoría de ciudadanía, y por ende, relegado sus derechos. Se han podido reformular algunos constructos a partir de diversas luchas feministas, aunque el legado moderno sigue operando en los imaginarios sociales.

En base a este terreno socio-histórico de exclusión social, ha devenido necesaria la expansión de la ciudadanía, de tal modo que pueda incluir a diversos colectivos que habían sido expulsados del contrato, y también englobar los derechos sociales trascendiendo la visión individualista (Fleury, 2007). En este aspecto, la construcción de *ciudadanía ampliada*, implica el pleno desarrollo de los derechos de ciudadanía que deben ser contemplados en un contexto de Justicia Social, promoviendo la igualdad de oportunidades.

El despliegue de una ciudadanía ampliada supone la inclusión de los sujetos y las sujetas en los procesos de toma de decisiones, que “no es el de elegir entre alternativas, sino su generación, permitir la construcción de identidades colectivas y posibilitar mayor innovación social” (Fleury, 2010, p. 48). En este punto, se puede establecer una conexión entre la *restitución de derechos vulnerados* y la categoría de *autonomía*.

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

La *autonomía* se encuentra relacionada con el pleno ejercicio de los derechos de ciudadanía y la libertad en la toma de decisiones. Es un proceso que se construye dialógicamente y se desarrolla en tensión y conflicto con las lógicas instituidas, y formas de *heteronomía* de la estructura social (Castoriadis, 1997; Zaldúa, Sopransi & Longo, 2010). Pueden distinguirse distintos tipos de *autonomía*: la económica, entendida como la capacidad de generar ingresos propios; la física, que se corresponde con el control y decisión sobre el propio cuerpo; y en la toma de decisiones que afectan la vida (Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, 2014).

En conclusión, el despliegue de *autonomía* implica un proceso dinámico y conflictivo que tiene como proyecto la emancipación y consiste en una búsqueda por otorgar protagonismo a los/as sujetos/as-colectivos en el auto-reconocimiento y el reconocimiento del otro, recuperando así la dignidad. La autonomía supone el desafío de construir subjetividades reflexivas que pueda posicionarse críticamente frente a los mandatos institutos, posibilitando proyectos más liberadores (Zaldúa, Sopransi & Longo, 2010).

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Analizar las trayectorias de atención y cuidado de la salud de MSC en la CABA, distinguiendo las estrategias que desarrollan para resolver sus problemas de salud, los procesos de reafiliación social y restitución de derechos.

4.2. Objetivos Específicos

- a. Identificar los principales problemas de salud que perciben las MSC.
- b. Describir las estrategias desarrolladas en la búsqueda por resolver sus problemas de salud.
- c. Distinguir obstáculos y facilitadores que las MSC han encontrado en sus trayectorias de atención y cuidado.
- d. Analizar la relación entre las estrategias de atención de MSC y los procesos de desafiliación – reafiliación social.
- e. Analizar los procesos de vulneración y restitución de derechos en a las trayectorias de cuidado y atención de MSC.

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

5. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de estudio

La metodología utilizada es cualitativa, en tanto se buscó indagar los sentidos que las mujeres otorgan a distintos aspectos de su experiencia en calle, mediante la utilización de técnicas empíricas de recolección de datos, y el despliegue de prácticas interpretativas (Vascilachis de Gialdino, 2006; Denzin & Lincoln, 1994).

Esta investigación corresponde a un estudio de tipo *exploratorio-descriptivo* que fue abordado desde una perspectiva *hermenéutica-dialéctica* (Minayo 2009). Se partió de las experiencias relatadas por las de las MSC, intentando pesquisar los sentidos y procesos atravesados. Se analizó el contenido expresado en el habla en el campo de la especificidad histórica, es decir situadas en sus propios contextos de producción social.

5.2 Población y Muestra

5.2.1 Población

La población de estudio son las MSC cuyas particularidades y definición generan controversias con respecto a los criterios de inclusión y por lo tanto la magnitud de esta población. Esta dificultad en la cuantificación de PSC es compartida por varios países (Rosa, 2013).

Los datos más difundidos sobre la cantidad de PSC son de dos fuentes: una del Estado y otra de la Sociedad Civil. Por un lado, en mayo del año 2009 el GCBA informó un total de 1950 PSC en la CABA, siendo 86% varones y 14% mujeres. Este incluyó solamente a las personas adultas que se encontraban pernoctando físicamente en la vía pública al momento del conteo ocular nocturno. Los indicadores y metodologías utilizadas por el GCBA han ido variando a lo largo del tiempo, lo que dificulta la validez de estos conteos (Rosa, 2013).

Por otro, la ONG Médicos del Mundo (MDM) calculó en el año 2009 15253 PSC, tomando en consideración: personas adultas sobreviviendo físicamente en la calle; chicos y chicas en calle; personas alojadas en hoteles o albergues por medio de subsidios habitacionales; personas en hogares/paradores de tránsito; cartoneros con pernocte en calle; población afectada por desalojos y personas en asentamientos precarios y viviendas ocupadas (Boy, 2010; Médicos del Mundo, 2010).

En la actualidad el GCBA estima 876 y MDM 16.353 personas. A pesar de las discrepancias en las cifras, hay algunos patrones comunes: mayoritariamente son hombres adultos solos, sin embargo se ha detectado que la cantidad de mujeres y grupos familiares ha ido aumentando desde los primeros registros (Pallares & Ávila, 2014; Rosa, 2013).

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

5.2.2 Muestra

La muestra se encuentra conformada por 9 mujeres, cantidad que estuvo sujeta al criterio de *saturación teórica*, que se entiende como “el conocimiento formado por el investigador, en el campo, al conseguir comprender la lógica interna del grupo o de la colectividad en estudio” (Minayo, 2009, p. 164). Se alcanzó “el entendimiento de las homogeneidades, de la diversidad y de la intensidad de las informaciones necesarias” (Minayo, 2009, p. 164) para la investigación. Esto implicó el cese de incorporación de mujeres a la muestra y administración de nuevos instrumentos de recolección de datos cuando se evaluó que no se proporcionaba ninguna información nueva o relevante respecto a las categorías de estudio (Vieytes, 2004). Este criterio garantizó riqueza y densidad explicativa (Strauss & Corbin, 2002) dando cuenta de las múltiples dimensiones del objeto de estudio (Minayo, 2009).

Se seleccionaron casos ricos en información para realizar un estudio en profundidad, conformando una muestra intencional y no probabilística de tipo: intensiva, viable, accesible y pertinente respecto de los aspectos, la modalidad y el encuadre metodológico propuesto (Patton, 1990). Por último, se implementaron criterios de credibilidad y auditabilidad⁴ (Minayo, 2009) de los instrumentos de recolección de datos.

Criterios de inclusión de las MSC:

- Que se encuentren atravesando o hayan atravesado situación de calle en la CABA.
- Que en ese momento no cuenten/hayan contado con una vivienda estable.
- Que en ese momento pernocten/ hayan pernoctado en: la vía pública, Paradores/Hogares y/o en una habitación mediante el cobro del subsidio habitacional
- Que hayan tenido experiencia en calle de por lo menos seis meses.
- Que acepten participar voluntariamente del estudio.

Criterios de exclusión:

- Que realicen solo pernocte esporádico en CABA. Por ejemplo, algunas mujeres realizan actividades de cartoneo y recolección de material, que ocasionalmente pernoctan en la ciudad pero tendrían una vivienda en la cual pernoctar diariamente.
- Que sean menores de 18 y mayores de 65 años, ya que recorren otros circuitos institucionales.

⁴ Credibilidad y auditabilidad son criterios de rigor científico de la investigación cualitativa (Minayo, 2009). Para alcanzar los mismos se procedió a: desgrabar las entrevistas, compartir y contrastar el material con: literatura sobre la temática, personas que trabajan con esta población y con otros/as investigadores/as.

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

- Que no se puedan administrar los medios para que la mujer comprenda de qué se trata la investigación.
- Que tengan algún tipo de relación o contacto previo con la investigadora.
- Que no acepten participar del estudio.

Fuentes primarias: Mujeres en situación de calle

Unidad de Análisis: Mujeres en situación de calle.

Lugar/Tiempo: Ciudad Autónoma de Buenos Aires/ Entre Julio 2014 y Marzo 2015.

5.3 Instrumentos de recolección de datos

La *entrevista semi-estructurada* es un instrumento que funciona como estrategia de comprensión de la realidad para retratar las experiencias vividas, así como las significaciones proporcionadas por personas, grupos u organizaciones (Cruz Neto, 2003; Andrade, 1987). A través de la entrevista se buscó reconstruir sentidos expresados por las propias actoras sociales, atendiendo a su comprensión e interpretación del pasado en forma retrospectiva (Minayo, 2009). Se confeccionó una guía que orientó la implementación de la entrevista (Apéndice A). Este instrumento por su carácter semi-estructurado facilitó el abordaje de las categorías seleccionadas (Minayo, 2009). La entrevista se administró en forma individual, verbalizada, *in situ* entre la investigadora y cada MSC. El registro fue realizado mediante un grabador.

Se utilizó la estrategia de *observación simple y participante* ya que para el análisis de las entrevistas es necesario incorporar “el contexto de su producción y siempre que sea posible, ser acompañada y complementada por informaciones provenientes de la observación participante” (Minayo, 2009, p. 216). Con ese objetivo se registraron pre, durante y post entrevista, conversaciones informales, algunas interacciones, el aspecto contextual en el que se desarrolló la entrevista, y contenidos no verbales. Se dialogó informalmente con trabajadores/as y otras PSC. A su vez, se observaron algunas prácticas en espacios cotidianos de las MSC como la calle, comedores, talleres en ONGs, plazas y hogares. Estos datos fueron relevados mediante un registro escrito que acompaña la transcripción de las entrevistas.

5.4 Trabajo de campo

El trabajo de campo fue realizado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires entre agosto y noviembre del 2014. Previo a la administración de las entrevistas se realizó el pilotaje y puesta punto del instrumento.

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

La accesibilidad al campo y a la población se vio facilitadas por la trayectoria laboral de la investigadora en distintas instituciones que trabajan con PSC. Se contactó a las MSC mediante dos estrategias: el acercamiento a instituciones gubernamentales y ONG que trabajan con esta población y, también, espontáneamente en plazas y a la salida de comedores.

Se administró la entrevista en lugares y momentos acordados entre la investigadora y las participantes del estudio. Se intentaron seleccionar espacios cotidianos de las MSC en el que se sintieran cómodas y se respetara su privacidad.

Cuadro 1. Características socio-demográficas de la muestra

NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	GRUPO CONVIVIENTE
Alicia	22	Primaria Incompleta – No sabe leer ni escribir	Madre 4 Hermanos/as 2 Sobrinos/as 2 Hijos/as
Jazmín	23	Secundario completo	1 Hija
Romina	27	Secundario incompleto	Pareja 2 Amigos
Gisel	29	Terciario incompleto	2 Hijos
Carla	35	Secundario completo	Pareja 6 Hijos
Evangelina	35	Secundario incompleto	5 Hijos
Susana	41	Secundario completo Cursos de oficio	Pareja
Ana	51	Ninguna-Analfabeta	5 Hijos/as 4 Nietos/as
María	64	Primaria Incompleta	Sola- Y con compañeros/as

Fuente: Elaboración propia

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

5.5 Procesamiento y análisis de datos

En la presente investigación, se procedió un análisis cualitativo de carácter hermenéutico-dialéctico, con el objetivo de situar el habla de las MSC en sus propios contextos (Gomes, 2003; Minayo, 2009). Se realizó un análisis de contenido, utilizando estrategias de análisis propuestas por la Teoría Fundamentada (Strauss & Corbin, 2002), ya que se presenta como un abordaje privilegiado para la comprensión de la determinación social de la salud. Como herramienta para analizar los datos, esta teoría permitió comprender los sentidos de diferente fenómenos desde el punto de vista de las MSC sostenida en la rigurosidad metodológica (Kornblit, 2007).

En principio el registro oral de las entrevistas y escrito de las observaciones fueron transcritos en su totalidad por la investigadora al procesador de texto Microsoft Word 2007. Luego, estos fueron subidos al software Atlas-Ti versión 6.2, mediante el cual se sistematizó la información a través de organización de los datos y clasificación de los mismos mediante la construcción de categorías (Minayo, 2003) contrastando con las que habían sido definidas a partir del diseño de la investigación. Simultáneamente se realizó una lectura exhaustiva con el objetivo de agrupar los contenidos de los relatos en distintos núcleos temáticos. También se trabajaron emergentes, rarezas, convergencias y divergencias, inter discursivos, en forma de interlocución con otras investigaciones y el marco-teórico propuesto. En este proceso se produjo una operatoria de segmentación al interior de los cuerpos discursivos que presentan las entrevistas (Kornblit, 2007).

Por último se seleccionaron dos casos ricos en contenido para trazar un análisis en profundidad de las trayectorias de atención y cuidado de la salud, atendiendo a la lógica singular de cada relato. Se analizaron los itinerarios, sentidos, y la inscripción en las relaciones, normas y procesos que estructuran la vida social (Berteaux, 1989).

5.6 Principios éticos

En la presente investigación, en primer lugar fue necesario realizar una reflexión respecto al posicionamiento de la investigadora en relación a las mujeres que formaron parte de este estudio. Realizar estudios con poblaciones en situación de vulnerabilidad requiere un abordaje ético-relacional en todas las etapas del proceso investigativo (Montero, 2001). La Ética Relacional alude al reconocimiento del otro y pretende evitar el etnocentrismo académico y de clase social (Pawlowicz & Zaldúa, 2005). En ese aspecto, Dussel (1988) propone la incorporación del otro/a excluido/a en la producción de conocimiento y de esa forma visibilizar un punto de vista que muchas veces es silenciado (Sopransi, 2011; Pardis, 2010).

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Previo a las entrevistas se proporcionó el Consentimiento Informado de las participantes (ver Apéndice B). Este fue administrado a las 9 mujeres. En siete situaciones fue leído, explicado oralmente y luego cuando se pudo percibir que había entendimiento y no había dudas al respecto fue firmado. Cabe aclarar que en 2 situaciones en las que las entrevistadas no sabían leer, se implementaron distintas estrategias para la trasposición: en primer lugar la explicación oral por parte de la investigadora en forma colectiva -4 MSC y 2 trabajadoras de la ONG en la que participan-, luego se realizaron varias preguntas respecto de algunas palabras que dificultaban la comprensión, por último, previo a firmar el consentimiento, en forma individual se realizaron algunas preguntas para evaluar que se hubiera alcanzado la comprensión total del documento.

RESULTADOS

6. EXPERIENCIA EN CALLE

La experiencia en calle de las mujeres se presenta diversa, compleja y es transitada en forma singular de acuerdo a cómo se inscribe en sus trayectorias de vida. Algunas entrevistadas abordan esta experiencia retrospectivamente, mientras que otras la sitúan en su presente. Una cuestión parece insistir: la calle es un territorio al cual se puede entrar y también se puede salir (Biaggio, 2011). Se mencionarán a continuación cómo las MSC perciben la llegada a este espacio, su estadía y sus posibles salidas.

6.1 Entrando a la calle

La calle es un espacio público que se transita con cotidianeidad, ¿cuáles son las condiciones que posibilitaron que la calle se convierta en un lugar para quedarse? ¿Puede identificarse un momento de “entrada” a la calle? (Litichever, 2009).

6.1.1 Perderlo Todo

Pérdida material del hogar, pertenencias personales, contactos familiares, seres queridos, salud. Estas pérdidas, en algunos contextos se convierten en un momento quiebre:

“Vine a parar debajo de un puente porque me quedé en la calle. Estaba con mi primera pareja y el terreno que teníamos era tomado. Y cuando nos vinimos una semana acá a juntar mercadería, juntamos cartones, cuando volvimos no teníamos nada. El terreno estaba cerrado. [...] y de mi familia nadie me daba lugar. Y vinimos para capital. Nos quedamos acá donde estábamos juntando los cartones” (Evangelina, 35 años).

La situación de desalojo que atravesó Evangelina junto a su familia, produjo su pernocte permanente en la vía pública. Sin embargo, no fue su primer acercamiento a la calle. Junto a su pareja, realizaban actividades de *cartoneo* en la CABA y en ocasiones pasaban la noche bajo puentes o en plazas. Este modo de subsistir “de” la calle, sumado a la falta de recursos y redes que pudieran brindarle apoyo económico y material, se constituyeron como facilitadores de la situación de calle al momento del desalojo.

“Me incendiaron la casa. Una pelea entre narcos. Después del incendio perdimos todo. Nos fuimos con los chicos. Nos vinimos para acá a la plaza” (Carla, 35 años).

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

En algunos casos, como relata Carla, se pueden identificar hitos que delimitan un antes y un después en las trayectorias de vida de estas mujeres y parecerían haberlas acercado más a la calle: el asesinato de una hija, la muerte de una madre, un conflicto en la familia de origen que proveía sostén económico, un desalojo, el incendio de un hogar, enfermarse. Sin embargo, sería una reducción señalarlos como los únicos motivos que generaron la situación de calle, ya que la entrada a la calle no se produce repentinamente, es parte de un proceso que conjuga diversas circunstancias estructurales y singulares.

6.1.2 Procesos migratorios

La experiencia en calle de las mujeres en varios casos, se caracteriza por procesos de migración interna en busca de mejores recursos materiales. Diversas son las estrategias de subsistencia “en” y “de” la calle que las mujeres supieron encontrar en la CABA (Médicos del Mundo, 2010).

Si bien el proceso migratorio se entrelaza con el acercamiento a la calle de Ana, ella advierte que no es el principal motivo que suscitó dicha situación. Es oriunda de una zona rural de una provincia del norte del país, fue madre por primera vez durante su adolescencia y desde entonces se dedicó a realizar tareas en el hogar y a la crianza de sus 9 hijos/as y nietos/as. Nunca pudo ir a la escuela, ni tuvo ningún empleo formal, sin embargo se desempeñó gran parte de su vida como jefa de hogar teniendo como único ingreso económico una Pensión de madre de siete hijos. Ella expresa que siempre vivió en la pobreza y la calle fue un espacio más que le tocó ocupar. Para Ana la calle constituyó un recurso muy importante, donde pudo encontrar respuestas para satisfacer algunas de las necesidades de ella y sus hijos/as, como en el caso de la comida.

Al igual que Ana, varias de las MSC entrevistadas han migrado a la CABA en busca de empleo, prestaciones sociales y ayuda social, ya que en la metrópolis porteña se concentra gran parte de la acumulación económica del país y la mayor cantidad de programas y recursos sociales destinados a las PSC. Las migraciones produjeron desarraigos y reconfiguraciones en sus relaciones sociales, sin embargo en ninguno de los casos son consideradas como un precipitador de la situación de calle. Las migraciones de las MSC son un síntoma de la situación de desigualdad socio-económica entre la CABA y el resto del país y son consecuencia del proceso de *feminización de la pobreza*. En el mercado laboral formal las mujeres presentan diversas desventajas respecto a otros actores sociales.

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

6.1.3 Escapando de las Violencias

Cuando la situación en el hogar ha llegado a un punto crítico, la calle parece ser un recurso al cual recurrir. Romina expresa episodios en los que ha tenido experiencias de violencias física, psicológica y patrimonial por parte de su padre:

“Yo tengo una puñalada de mi papá. [...] Y así mi viejo drogadicto, golpeador, te la tenés que bancar [...] Prefiero estar en la calle. Con gente que sé que sabe cómo soy, y por lo menos te lo demuestran cada día. Y por lo menos tengo una sonrisa. Y no estar en una casa que te dan un plato así. Y que te estén metiendo una pastilla, y te la estén picando para quedar estúpida y que tus hijos te vean estúpida” (Romina, 27 años).

En otros casos las violencias también aparecen en forma explícita en relación a la dimensión de género. Alicia manifiesta que a los 12 años fue violada por su padrastro y lo relaciona con su acercamiento a la calle y el consumo de sustancias:

“Habíamos quedado todos en situación de calle. Todos con mi mamá. Porque no teníamos plata para alquilar. No teníamos donde ir, y bueno, quedamos en la calle. Y después mi mamá consiguió a una amiga que la llevó a la casa. Y se fue mi mamá para allá y yo me quedé porque YO me quise quedar” (Alicia, 22 años).

Alicia reitera en varias oportunidades de la entrevista que el quedarse en situación de calle fue una elección sólo atribuible a su persona, se quedó *“porque estaba de novia y era pendeja”*. En ese momento ella tenía 16 años y tanto ella como su novio atravesaban situaciones de consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Esta situación se presenta sustancialmente diferente a la anterior. En el caso de Alicia, ella había quedado en situación de calle por otras circunstancias y “decide” quedarse. En el caso de Romina, desconociendo la experiencia de calle, ella opta por “salir” de su hogar, para “entrar” en la calle.

En los relatos de MSC que han atravesado situaciones de violencia la calle aparece como “elección” personal. Ahora bien, cabe analizar: ¿cómo es el contexto en el se elige vivir en la calle? ¿Se trata de una elección de vida en las que se pone en despliegue la autonomía?

Estas elecciones se dan en un contexto de vulneración de derechos, por haber atravesado experiencias de violencia, y por encontrarse una situación de consumo dependiente de sustancias en el caso de Alicia. En este contexto, la calle aparece como

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

única opción posible. A su vez, parecería ser un territorio de afectos, en la que hay otras personas que devienen significativas para ellas y les brindan contención emocional.

En el caso de las MSC la convergencia de dimensiones de pobreza y vulnerabilidad social, ha creado condiciones de aumento de la susceptibilidad a experimentar situaciones de violencia. Las MSC se encuentran doblemente vulneradas: por sobrevivir en condiciones de extrema marginalidad y por ser mujeres.

6.1.4 Otras lógicas de entrada

Si bien en algunos casos se pudieron identificar situaciones o episodios significativos que propiciaron una entrada a la calle, en otros casos, los relatos se presentan con otras lógicas. El relato de María se centra en distintos problemas de convivencia en los lugares donde vivía:

“Aparte de estar anémica. En verdad yo estaba parando en un lugar. En provincia, porque hay muchos alquileres son jodidos. Yo aguantaba muchas cosas. Pero a las ocho de la noche nos dejaban que tengamos la luz dos horas, pero yo pagaba. Siempre correcta, en ese sentido soy antigua. Hasta las diez. No me daba tiempo ni siquiera... incluso no tenía aire. Tenía un calentador que era con la cocina. Y bueno, teníamos problemas también con el baño que éramos un montón. No se vivía bien, era muy jodida la dueña. Y busqué otro lugar, y parecía lo que era. Vivía la familia, pero era atrás digamos, una casita. Yo como para ponerme recuperarme, y ponerme otra vez. Y tener un resguardo. Y tampoco pude vivir bien, porque tampoco nos dejaban vivir ellos. Siempre iban a golpearme mi puerta por alguna cosa. Era como que querían entrar a robarme. Y bueno así fui viendo cosas, digamos de gente, que más que nada que los dueños de la casa eran re jodidos. Primera experiencia mal que tuve, porque antes no había todos estos problemas. Y ahí tuve que salir. Ah porque todavía quería que lo desocupe. Estuve a los tumbos. No conseguí alquiler. Tuve que desparramar mis cosas, que así perdí todo eso. Así entre una amistad y otra. Y bueno desde ahí es que estoy en la lucha volver conseguir un lugar para mí” (María, 64 años).

En estos casos, los motivos que suscitaron la situación de calle, aparecen en relatos confusos, desordenados y algunas veces contradictorios. Se narran distintos sucesos, que no responden a una secuencia temporal. Se presentan como una maraña de episodios

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

conflictivos: peleas familiares, discusiones de convivencia, problemas para encontrar alquiler.

El motivo no sería sencillo de identificar para las mujeres, probablemente porque la lógica causal no es suficiente para desandar la complejidad de su experiencia. Aparecen todos los sucesos entrelazados entre sí, en forma *rizomática* y con diferentes nudos que representan las diversas problemáticas. No hay un tronco central del que se desprendan, tampoco hay una única raíz, sino son raíces de raíces interconectadas en una superficie compleja (Deleuze & Guattari, 2000; Fernández, 2007).

En los relatos insiste una lógica espacial, en la que las MSC dan cuenta de cómo fueron abandonando varios lugares en los que transcurría su vida cotidiana. Este tipo de entradas a la calle también se observó en otras investigaciones realizadas con chicos y chicas en situación de calle, en las que relacionan la construcción a lo largo de su historia personal de un “no lugar” (Litichever, 2009). Expresado en otros términos, la entrada a la calle podría pensarse como una secuencia no lineal de procesos de *desterritorialización* que acercaron, gradualmente, a estas mujeres a vivir en la marginalidad (Guattari & Rolnik, 2013).

6.1.5 Múltiples entradas

Diversos estudios sobre PSC, plantean que el acercamiento a la situación de calle se da en relación a: rupturas o conflictos familiares, falta de recursos económicos, desempleo, desalojos, problemas habitacionales, de salud, consumo problemático de sustancias, padecimientos mentales, migraciones, situaciones de abuso/maltrato, políticas asistencialistas, vulneración de derechos (Saizar, 2002; Biaggio, 2006; De Rosa, 2010; Médicos del Mundo, 2010).

Estos motivos fueron relevados respecto a la población en situación de calle en general, que presenta una gran mayoría de varones, 86% aproximadamente (Médicos del Mundo, 2010). Teniendo ese dato en consideración, es interesante destacar que en las entrevistas realizadas a las MSC en esta investigación se presentan todas estas situaciones, salvo la pérdida de empleo. Es posible que no haya aparecido debido a que tradicionalmente el sostén económico por medio del empleo es una actividad asociada con el rol de proveedor y ha sido desempeñado por varones, mientras que el cuidado del hogar y las/os hijas/os ha quedado asignado a las mujeres. En ese sentido, el desempleo constituye una dimensión central respecto en la situación de calle de los varones. Por el contrario, en el caso de las mujeres se observó un despliegue mayor de situaciones de violencia de género y también violencia estructural.

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

También, se ha observado que existen múltiples entradas a la calle, en algunos casos se identifican hitos significativos, un momento bisagra en las trayectorias de estas mujeres y en otros se relacionan con la convergencia de distintas problemáticas. Sin embargo estos hitos y problemáticas, produjeron un acercamiento a la calle en tanto se encontraban atravesados por otras situaciones: migraciones, violencias, instituciones de encierro, problemas de salud, consumos problemáticos de sustancias, dificultades económicas, pobreza estructural, falta de políticas de vivienda. Son dimensiones complejas que configuran la exclusión social y extrema vulnerabilidad. A su vez, estos procesos se encuentran enmarcados en la CABA un territorio de segregación urbana e inequidades sociales sostenidos por las políticas neoliberales.

6.2 Quedar boyando en la calle

Difíciles preguntas para responder: ¿Qué es la situación de calle? ¿Cuándo empieza y cuándo termina? En el Estado del Arte se trabajaron los diversos enfoques y estudios que desarrollan distintas definiciones. Si bien la investigación partió de una definición y supuestos, se fue reconfigurando e interpelando en el trabajo de campo y la pregunta dejó de ser ontológica ya que no se “es” de la calle, sino que se “está” en la calle. Entonces la pregunta se transformó en: ¿cómo fue para las mujeres la *experiencia en calle*?

6.2.1 El ritmo de la calle

Diversos son los sentidos asociados a la experiencia en calle. Algunos que insistieron fueron en relación a la fijeza y el movimiento:

“Así que empezamos a boyar. De acá para allá. [...] Lo primero que se me viene a la cabeza es caminar. Caminar ciento cincuenta cuerdas por día. Pero también era un tema de compartir con mi ex pareja. Yo por ahí no tenía ganas de caminar con el nene en la mochila doscientos cincuenta cuerdas. Entonces era todo un tema. Porque por ahí yo decía: ‘loco vamos a buscar algún lugar donde parar porque estoy cansada de caminar todos los días tanto’. Y nos hemos quedado por ahí dos o tres días en un lugar, qué se yo. Pero era como que también nos habíamos subido al ritmo de no parar la cabeza” (Gisel, 29 años).

“Estamos rodando que parece una pelota. De acá para acá, de acá para allá” (Alicia, 22 años).

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

La experiencia en calle es ritmo, movimiento, no parar. Es un caminar, un deambular constante, que implica no sólo lo corporal, sino también lo emocional. Supone configurar un territorio extenso y diverso. Es necesario cierto dinamismo para poder acceder a los recursos y poder subsistir. Resulta interesante revisar las palabras utilizadas por las MSC: “*quedarse*” en situación de calle, en tanto implica cierta pasividad y quietud, contrariamente a cómo la caracterizan en términos de “*deambular*”, “*caminar*”, “*boyar*”, “*dar vueltas*”. Entonces, la situación de calle es la tensión entre la quietud y el devenir constante. Supone una experiencia *nómada*, en la que las MSC trazan cartografiados en los territorios que transitan y van delimitando sus mapas. Estos mapas son dinámicos y cambiantes, como así también son los sentidos asociados a la experiencia (Deleuze & Guattari, 2000).

6.2.2 La calle como una experiencia de aprendizaje

La calle presenta un territorio hostil, marcado por peligros, violencias y múltiples amenazas, en el que hay que saber defenderse: del frío y el calor, los ruidos, la falta de privacidad, los robos y las peleas. Retomando la consigna propuesta para la formulación de la Ley 3706: ¿es la calle un lugar para vivir?

“La calle no es un lugar para las criaturas. Porque ellos tienen derecho a tener su hogar, tienen derecho a una vivienda digna. La calle no es vida para nadie. Estás a todo ritmo. Tenés que estar constantemente pendiente que nadie te lastime. No es vida” (Carla, 35 años).

No obstante, en varios relatos se observa una condensación entre la categorización de la calle como “*buena*” o “*mala*”, que a veces operan simultáneamente. Resulta una *experiencia* en la que se conjugan distintos tipos de momentos, que algunas entrevistadas califican en términos de aprendizajes:

“A veces la calle no es todo malo. Me han pasado muchas cosas malas. Aprendés muchas cosas malas. Agarrás todos los vicios habidos y por haber. Pero te enseña. Te enseña cuando vos sufrís, cuando llorás de noche contra una pared. Te enseña. Te enseña que tenés ganas de hacer cosas. Te enseña a ser mejor gente. No sé, a recapacitar. La calle te da mucha experiencia. Es linda. Te da muchas experiencias que no te las olvidás” (Susana, 41 años).

La situación de calle presenta muchos obstáculos que se deben sortear, y la puesta en marcha de elaboradas tácticas para poder subsistir. En este contexto ¿qué sería *lo lindo*

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

de la calle? Susana lo refiere en términos de aprendizajes de vida, que no podría haber adquirido de otra forma que no fuera en la *escuela de la calle*. Gisel, relata diversas situaciones problemáticas que ha tenido que atravesar, y culmina rescatando el aspecto positivo y diciendo *“la calle te hace más dura”*.

Las MSC han sabido adquirir estos aprendizajes, e integrarlos a su repertorio de saberes, prácticas y recursos personales, es decir su *capital personal* (Pecheny, 2009). En este sentido, han podido resignificar algunos aspectos de la situación de calle, que les permitió desarrollar fortalezas y, retrospectivamente, transformar los sentidos de la experiencia.

6.2.3 Ser mujer en calle

6.2.3.1 La calle un territorio de masculinidades

Estar en la calle trae aparejado un alto grado de exposición a distintos episodios conflictivos y de malos tratos. Ser mujer en la calle presenta una mayor susceptibilidad a las violencias en relación a cuestiones de género.

“Es difícil ser mujer en la calle. Corrés riesgos de toda clase. Y tenés que bancar muchas situaciones. Muchas. A nivel anímico, a nivel físico, a nivel salud” (Susana, 41 años).

“Te tenés que cuidar... De que no te hagan nada” (Alicia, 22 años).

En términos cuantitativos la calle es un lugar de los varones, pero también lo es en su aspecto cualitativo, ya que rigen códigos y prácticas culturales asociadas a la construcción de masculinidades hegemónicas relacionadas con la ostentación de poder. Frente a estos escenarios, las mujeres realizan distintos mecanismos de defensa. Uno de ellos, es adoptar conductas más agresivas:

“Yo tuve que pelear con una banda en la calle” (Evangelina, 35 años).

Se observó que este tipo de conductas en MSC mientras se encontraban solas y también con otros compañeros/parejas. En ese aspecto, resulta interesante señalar un contrapunto con los estereotipos tradicionales asociados al género femenino. Históricamente el espacio público ha sido ocupado por varones y las mujeres relegadas al ámbito privado, en tanto se consideraba un ser indefenso que necesita ser tutelada y protegida. A su vez, las

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

categorías asociadas con lo femenino, se relacionan con la debilidad, la fragilidad y lo emocionalmente sensible.

“Porque en la calle te tenés que defenderte. En cambio en un hogar no, porque estás tranquila. Si estás en situación de calle, tenés que pelear” (Carla, 35 años).

Como se observa en el relato, en contraposición con las cualidades que supone un “sexo débil”, las mujeres en el ámbito de lo público se presentan fuertes, capaces de defenderse de los riesgos y amenazas del mismo modo que lo hacen los varones, a diferencia del imaginario de mujer-madre del ámbito privado. Estos *procesos de masculinización* (Lenta, 2013) de las mujeres aparece como condición necesaria para la supervivencia:

“Es diferente. A veces yo, mirá como estoy (señala sus tatuajes). Cualquiera hombre se me acerca porque le llama la atención. Porque soy tumberita. Callejera. Se me acercan. Pero cuando me conocen, realmente yo me defiendo (muestra un bisturí que guarda en su corpiño). Muchas veces siendo mujer, estando en una carpa, en un colchón vinieron los tipos con sus cositas en la mano a querer abusarse y es difícil. Yo tengo experiencia en la calle, me sé defender. Y le doy a cualquier tipo que quiera abusar de mí. Porque en la calle hago lo que sea menos... No tengo nada contra la gente fácil. Pero no soy de todo el mundo” (Susana, 41 años).

Es un cuerpo de la exclusión, que lleva marcas que no puede borrar, y que otros asocian con estereotipos de *mujer pública*. Sin embargo, dormir en la calle, no es “*ser de todo el mundo*” advierte Susana. Encontrarse en situación de calle implica falta de privacidad en los distintos ámbitos que se desarrolla la vida cotidiana. Por ende, la experiencia en calle se manifiesta en forma pública, lo cual no implica que su cuerpo también lo sea. Aquí se evidencia una tensión entre *lo público* y *lo privado*, en este caso en relación a la sexualidad y la intimidad.

6.2.3.2 Los varones en situación de calle

Las percepciones que las MSC tienen respecto los varones en el contexto de la calle resaltan los privilegios que experimentan en un ámbito masculinizado.

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

“Creo que sufrir, se sufre igual. Yo he visto sufrir. Sufren, eh. Pero el hombre se puede satisfacer de otras maneras. Es como que encuentra otras cosas en la calle, a mi me parece” (Gisel, 29 años).

Alicia expresa su desconfianza en los hombres y lo relaciona con la experiencia de violencia que sufrió:

“Los hombres son mas jodidos porque se agarran a puñaladas [...] No me confío de nadie, ni mi pareja, mi hija de 6 años no queda con nadie” (Alicia, 22 años).

Se destacan sentimientos de desconfianza hacia los varones en situación de calle, como así también de contención y compañerismo en el caso de las parejas. En este aspecto funcionan dos fenómenos simultáneamente por un lado los procesos estigmatizantes que se reproducen en algunos relatos de las MSC y por otro la estrategia de agrupamiento como fuente de protección.

6.2.3.3 Las otras mujeres en situación de calle

Los estereotipos que las entrevistadas construyen de las otras MSC se caracterizan por descuidos, sedentarismo, malos hábitos, vicios, mala alimentación, drogas.

“Se están matando. Las chicas se están matando [...] Y se matan. Como se mata ella, la mayoría de las pibas. Y cuando pasa una semana, dos semanas, van y se pegan un baño. Que ni siquiera le hace nada porque tiene que ser continua la limpieza. Y en la calle es muy difícil. Y se matan. Se matan con la droga o no quieren avanzar porque quieren la calle, las drogas” (Susana, 41 años).

Se observa un distanciamiento entre el relato de su propia experiencia y la percepción que tienen sobre prácticas que realizan otras MSC:

“Pienso que hay muchas mujeres en situación de calle que no cuidan de su salud y hacen todo mal. [...] viví en la calle y vi cosas. Vi mujeres que sí se preocuparon por ellas y mujeres que no se preocuparon. [...] Iban a consumir. En cambio hay otras que no, que cuidan de sus hijos” (Evangelina, 35 años).

Este modo de subjetivación se basa en una lógica de “identidad a partir de la diferencia” (Fernández, 2007), en la que se “es” a partir de la negación en el otro. Esto

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

también se relaciona con un estudio realizado en España, en relación a la identidad que las PSC construyen en la calle. En la investigación, se observó que muchas personas se diferenciaban de otras, aludiendo a que los otros tenían prácticas detestables, que ellos no pertenecían a la calle, ellos no pertenecían a ese grupo, en tanto no se identificaban con esas características (Bachiller, 2011).

Más allá de los estudios realizados específicamente con población en situación de calle, cabe destacar que estos estereotipos responden a significaciones sociales dominantes, que operan en distintos contextos sociales y académicos que reproducen discursos re-victimizantes y patologizantes de la situación de calle (Pardis, 2009).

6.2.3.4 La calle, las mujeres y el consumo problemático de sustancias psicoactivas

La preocupación frente al consumo problemático de sustancias psicoactivas apareció en todas las entrevistas, mayoritariamente referido *“la droga”*. Este significante se desliza polisémicamente en relación a sustancias ilegales tales como: paco/pasta base⁵, marihuana, cocaína, inyectables, pastillas. También está presente el consumo de sustancias psicoactivas de prescripción médica, que pertenecen al grupo de las sustancias *“legales”*. Romina al referirse a la pastilla de Clonazepam que tiene indicada para dormir por padecer *“Post-Cromañón”*:

“Sí, me daban la pastilla. Porque tampoco voy a decir me drogo con pastillas, no ni en pedo. No me gusta, estando en la calle menos, siendo una mujer menos. [...] Porque acá es típico te piden pastillas para drogarse” (Romina, 27 años).

Al respecto expresa una gran carga estigmatizante asociada al consumo de esta sustancia. Insiste en diferenciarse de otras consumidoras de sustancias que sólo lo usan para *“drogarse”*. La alusión a este término tiene una connotación negativa para la entrevistada.

El acceso a la droga y sus consecuencias sociales, físicas y psíquicas son diferentes en varones y mujeres (Arana & Germán, 2005). Algunos impactos y consecuencias en la vida de las MSC son: internaciones en instituciones monovalentes, desencadenamiento de

⁵ El paco o pasta base de cocaína (PBC) es una sustancia que se obtiene a partir de la producción de clorhidrato de cocaína. Suele contener distintas sustancias que pueden variar (talco, estimulantes, congelantes, lactosa, harina). La forma de consumo más común es fumándose y *“el uso prolongado o intenso provoca en los usuarios un fuerte deterioro neurológico e intelectual, que se ve acompañado por alteraciones pulmonares y cardíacas, marcada pérdida de peso y estado de abandono personal”* (Castilla & Lorenzo, 2012, p.87).

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

problemas de salud y el más recurrente en las entrevistas realizadas separación de sus hijos/as por parte del Estado.

Alicia refiere que se drogaba frente a la angustia del recuerdo de la violación que padeció. Haber sido víctima de abusos sexuales, es considerado como un factor precipitador frente al uso de drogas. El hecho de tener una pareja consumidora también facilita el acceso y la iniciación en muchas mujeres.

Insiste en los relatos la asociación de “la droga” como problema que en última instancia depende de una elección individual:

“Porque si yo hubiera querido estar en un hogar también me iba a drogar...Y rodeada de gente que se drogaba todo el tiempo... Mi vieja se drogaba, mi padrastro era tranza. Pero yo pude, sortear las cosas de la vida y yo no hago nada de eso. Yo me ocupo 100% de mi hija [...] yo creo que si uno pone la cabeza en que no va ahí, no va ahí. Si va ahí es porque quiso, listo” (Jazmín, 23 años).

“Es mentira que la calle te hace drogarte. La droga es un problema psicológico. Si te ponen el Paco o la marihuana ahí queda en vos agarrarlo” (Carla, 35 años).

Implica una fortaleza individual haber podido “sortear” las drogas. Surgen fuertemente dos figuras antagónicas: *la drogadicta* y *la madre*. Al respecto la experiencia del consumo en mujeres aparece “como una desviación más, como una forma alterada de lo considerado socialmente la ‘mujer normal’ o la ‘feminidad normal’” (Romo, 2001, p 40 apud Arana & Germán, 2005, p. 180).

En esta imagen que se presenta de las otras MSC, se entrecruzan distintos discursos hegemónicos respecto a la construcción social del género propia de esta sociedad patriarcal, en la que el consumo de sustancias está asociado a lo masculino:

“No, aunque digan lo que digan nunca me van a ver fumándome uno. Ni fumando, ni drogándome, nunca. Por respeto a mis hijos nunca lo voy a hacer. Todavía sigo siendo una señorita” (Romina, 27 años).

El consumo problemático de sustancias psicoactivas en mujeres se vuelve una práctica aberrante e inaceptable ya que se considera como una desviación de su papel esperable en la sociedad. Se produce una doble penalización social hacia las mujeres que consumen drogas: la primera respecto a la trasgresión del consumo y la segunda implica la trasgresión del rol de realizar un comportamiento considerado indeseable (Arana & Germán,

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

2005). A su vez, los procesos de estigmatización social hacia las mujeres son mayores que los que sufren los varones y en varios casos responden a sentidos relacionados con el fracaso y la culpa:

“Enfrentarme a mi mamá diciéndole que me estaba drogando. Me daba vergüenza” (Alicia, 22 años).

“Antes mi hija la más grande, veía cómo yo me drogaba en la calle. Porque a veces iba a visitarme y yo corte que estaba perdida en la droga y no me importaba nada. Me drogaba con el Paco. Tomaba vino, tomaba merca, tomaba pastillas, Poxirán. Sabía que había centros de rehabilitación, todo. Pero no iba a ir. Porque yo en ese momento no me sentía que era adicta” (Alicia, 22 años).

Estos sentimientos generan una visión negativa respecto de sí mismas. Estas emociones se encuentran relacionadas también con el desapego afectivo que atraviesan muchas mujeres durante el consumo de Paco y entran en conflicto con los mandatos sociales respecto de ser “buena madre” (Castilla y Lorenzo, 2012). Los *procesos de masculinización* que atraviesan las MSC para sobrevivir en la calle, también integran prácticas de consumo de sustancias, las cuales se vuelven dilemáticas cuando se entrecruzan con la dimensión de la maternidad (Castilla y Lorenzo, 2012).

“No era que estaba el nene ahí y yo me estaba drogando. Cuando dormían, yo me drogaba” (Evangelina, 35 años).

“Mucha cosa de lo que ves en la calle de las mujeres es que son todas drogadictas. Por un pipazo se están subiendo a un auto. Es lo que veo yo, y lo que veía yo de mi casa. Y ahora, de verlo yo misma, de acompañar a los chicos, ellos fuman marihuana. Entrar yo a la villa y ves gente con bebés drogándose. Y te ponés un poquito en ese lugar y decís ‘fa’. Y NO. Quiero mis cosas, quiero seguir siendo una mujer. Hacés una de la calle y fuiste. Vas a terminar violada o cualquier cosa. [...] son re barderas. Te quieren apuñalar por cualquier cosa. No comen, todo el tiempo drogadictas” (Romina, 27 años).

En el caso del consumo de mujeres que son madres, los procesos estigmatizantes se ven aún más profundizados. Comienzan a operar imaginarios en relación a la maternidad y lógicas tutelares para el abordaje de la niñez. En situaciones extremas las MSC se

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

encuentran más vulnerables respecto de su salud y bienestar, presentando aun mayor exposición a situaciones de violencia (Arana & Germán, 2005).

6.3. *Las salidas de la calle*

Salir de la calle formaría parte del destino de la experiencia. Aparece en la mayoría de los relatos como posible final de ese recorrido, ya sea en forma vivida o anhelada en un futuro:

“Yo quiero salir adelante” (Susana, 41 años).

“Fui a un hogar una vez hace muchos años. Pero eso fue un tropezón. No estuve tan así como ahora. Estuve dos meses no más ahí, que fue en provincia. [...] Porque yo me moría si me quedo estancada. Siempre por una situación, pero para salir” (María, 64 años).

“Salir de la calle” y “salir adelante” se reiteran en la mayoría de los relatos, y son metáforas que operan en lo espacial, creando un territorio que implicaría estar *dentro - fuera/ detrás - adelante*. En ese sentido, cabe preguntarse ¿qué horizonte se visibilizan por fuera de la calle?

“Salí de la calle. No me drogo más” (Alicia, 22 años).

“Poder tener una habitación por acá en un hotel. Y vivir dignamente, medianamente como se lo merece una persona” (Susana, 41 años).

Para las MSC “salir de la calle” significa: poder alquilar un cuarto, trabajar, cobrar la jubilación, no drogarse más, poder estudiar, no vivir más en un hogar del gobierno, no tener que ir a un comedor, no sufrir más agresiones, no depender de otros para subsistir, recuperar su salud. En este aspecto, la salida de la calle se dará según las MSC en la medida que cesen de experimentar las diversas situaciones de violencia que presenta la calle. Es decir, esta “salida” no se reduce a una decisión individual sino a que estén dadas las condiciones de posibilidad para que sean restituidos los derechos vulnerados de las mujeres y sus familias.

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

7. LOS RECURSOS DE LA CALLE

Las MSC utilizan diversos tipos de recursos para la subsistencia, algunos ya instituidos como los que proveen las instituciones de asistencia y otros se van construyendo a partir de las relaciones sociales. En su vida cotidiana se observa la presencia de redes y lazos sociales que exceden las fronteras de la calle y transcurren tanto *dentro* como *fuera* de ella.

7.1. El cotidiano de la calle

7.1.1 El Circuito de calle

La vida cotidiana de las MSC está marcada por actividades de subsistencia que transcurren en el espacio público.

“Me levanto por ejemplo a esta hora (8 am). Cuando hay días de baño me doy una ducha. Estuve una hora en la ducha. Y desayuno una manzana. O un pan con mate cocido porque estoy a dieta por la diabetes. Estoy con Metergolina. Estoy con Levotiroxina en ayunas. Entonces de acá me voy de mi pareja. Voy y lo hago desayunar. Lo tengo durmiendo en un coche. Entonces como dormimos incómodos durante la noche, así todos doblados, de acá y de allá. Viendo donde poner las piernas. Tengo las piernas negras, de los moretones, las patadas. Y después durante el día, salimos a una plaza. Juntamos cosas de la calle. Yo cuido así a veces coches. Me quedo en alguna parada. Limpio los vidrios. Todo a voluntad. Y bueno, ahora está lloviznando así que no podemos hacer nada. Juntamos cosas de la calle. Y nos metemos a los mercados a venderlas. Antigüedades, aritos, ropa. Y después vamos a algún comedor, o sino comemos en la calle. Y planificamos así hacer cosas durante el día para poder sobrevivir” (Susana, 41 años).

“Caminar”, “hacer la fila”, “ir al comedor a desayunar y bañarse”, “juntar mercadería”, “dormir”, “cuidar coches”, son actividades necesarias para sobrevivir. En algunos casos, organizan gran parte de su día respecto del recorrido institucional:

“Bueno, me levanto temprano digamos para salir a las 8 de la mañana para madrugar. Porque en el invierno como peligra, es muy oscuro. Voy a un comedor que siempre hay que estar antes de horario. Tengo ese día baño. Si tengo baño, después como. Y el día que tengo que hacer un trámite, voy” (María, 64 años).

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

“Caminando o alguno de los chicos tiene pase de discapacitados. Y ese es uno de los chicos. T somos cuatro y otro de los chicos que se hizo el típico trucho. Para viajar, sino no viajamos. Y después de ahí empezar a recorrer. Después hay otro para ir a comer tenemos allá en la Boca. Son dos comedores y ahí vamos a comer. Ya venimos caminando y ya los pibes se llevan la pelota. Vamos a la costanera a jugar a la pelota yo me llevo un par de frutas. Y después venir por acá, ellos siguen jugando a la pelota” (Romina, 27 años).

En la calle, se presentan algunas especificidades para la realización de tareas vinculadas a la satisfacción de necesidades básicas. Al tener escasos o ningún recurso económico, varias de las MSC dependen de: recursos sociales proporcionados por el estado (GCBA y Nación) y por ONG. Estas instituciones que brindan asistencia respecto a necesidades básicas a PSC forman parte del *circuito de calle*: comedores, paradores, hogares, iglesias, roperías, duchas, recorridas solidarias.

Los circuitos de las MSC relevados se desarrollan en: San Cristóbal, Monserrat, San Nicolás, San Telmo, Retiro, Balvanera, Constitución, La Boca, Puerto Madero/Costanera Sur, Balvanera, Retiro, Congreso. Y en menor frecuencia: Belgrano, Palermo y Almagro. Esta concentración, se relaciona con la cercanía al centro de la ciudad, la movilidad y la disponibilidad de recursos del Estado y de la Sociedad Civil destinados para la población en situación de calle.

7.1.1.1 Los recursos del Estado

Los recursos sociales percibidos por las mujeres entrevistadas son diversos y varían según su edad, cantidad de hijos/as y sus edades y compatibilidades con otras prestaciones. Se entrecruzan distintos tipos de recursos sociales: algunos destinados a la población en general, otros a mujeres que no tienen empleo formal y otras específicamente para PSC en CABA.

Respecto de las prestaciones específicas para PSC otorgadas por el GCBA, se destaca que la mayoría de las entrevistadas ha cobrado el Subsidio Habitacional para Familias en Situación de Calle y Ticket Social/Ciudadanía Porteña; también varias han realizado cursos de formación con una prestación económica denominados Formación con Inclusión para el Trabajo (FIT); a su vez, algunas se encuentran gestionando un recurso de Amparo⁶ con el objetivo de extender el cobro del subsidio habitacional.

⁶ El Amparo es un recurso otorgado a través de la gestión de una medida cautelar por una orden judicial que insta al GCBA a pagar una cuota mensual del subsidio habitacional por un período de tiempo estipulado, que varía según la sentencia.

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Otros recursos sociales que mencionan las MSC son: la Asignación Universal por Hijo (AUH), sin embargo muy pocas lo cobran, observándose obstáculos para el acceso a esta prestación; una sola cobra la Pensión por madre de siete hijos; y una de las entrevistadas se encuentra realizando los trámites de Jubilación. A su vez, dos de las mujeres se encuentran alojadas en un hotel subsidiado por la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF).

En el caso del Subsidio Habitacional, se destaca que la percepción del mismo por parte de las MSC parecería otorgar la posibilidad de una salida del pernocte en calle. Sin embargo, este tipo de recurso sólo interviene provisoriamente y la suma recibida no es suficiente para afrontar los gastos de hospedaje de una familia.

“...el subsidio habitacional me lo dieron ellos. Lo que más me costó fue encontrar un lugar donde te acepten con chicos, que es lo que le pasa a todo el mundo. [...] Con la cuestión que a veces se retrasa con el pago. Y la gente si sos nuevo en un lugar tampoco te va a aguantar. Y bueno, de ahí estuve, primero alquilé en un lugar reducido, chiquito. De ahí fui a alquilar al hotel en el barrio de San Cristóbal. El hotel es un desastre ese lugar. No nos sentimos cómodos, muy invadidos” (Gisel, 29 años).

El GCBA ofrece el FIT abonando una cuota mensual a quienes realizan cursos en instituciones que denominan “conveniadas”:

“Y ahora estoy haciendo costura y me anoté en otro curso de ayudante de cocina. Y me ayuda, son \$225 por mes, que me empiezan a pagar recién el 15 de noviembre, durante dos años. Los primeros los voy a agarrar estando en la calle” (Susana, 41 años).

Estos cursos son ofrecidos a las MSC, sin embargo no se registró el alcance de ningún programa para el acceso al empleo.

7.1.1.2 La burocratización de la situación de calle

La gestión de estos recursos sociales que propone el GCBA para MSC no siempre es sencilla:

“Y, sí de todo eso que dice que me pertenece y por alimento muchas veces me dicen ‘señora puede ir’. Me dicen que una asistente social me puede hacer, pero

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

siempre es un problema. Me dan vuelta con una cosa. Una sola vez que fui, fui a verlo porque de acuerdo la fecha me dice 'no, tiene que esperar que el sistema'. Al final me citaron y tampoco cobré" (María, 64 años).

El transitar por estos dispositivos de asistencia supone acatar ciertos requerimientos y condiciones (tener dirección en CABA o dos años de residencia comprobable en caso del subsidio). En el caso de Carla, ella expresa: *"el subsidio me fue negado"* por no tener dirección en CABA, al igual que le sucede a Alicia. Esto implica que no califican para el ingreso al programa que otorga dinero mensual para el alquiler de una habitación. También presentan dificultades en términos de "compatibilidades" entre los beneficios sociales de GCBA y Nación. Las MSC que perciben Programa de Ticket Social/Ciudadanía Porteña y el Programa Nuestras Familias no pueden recibir la AUH.

"No cobro nada más. Nada más. Dicen que no me pueden dar como yo tengo una pensión... En realidad necesito ayuda porque yo estoy criando también a mi nieto. No cobro nada todavía porque a él recién le están por hacer los documentos, así que... Bueno, está más complicado" (Ana, 51 años).

Los recursos sociales destinados a la población en situación de calle, se presentan como una "ayuda" para paliar las situaciones de precariedad material y económica que atraviesan las MSC. Sin embargo para la obtención de los mismos las mujeres deben invertir gran parte de su esfuerzo y tiempo, y sortear diversas trabas burocráticas. Se observa entonces, cómo para lograr obtener estas "ayudas" es necesario desarrollar cierto saber respecto de los recursos.

En el caso de las gestiones de recursos de Amparo, involucra también: el conocimiento del funcionamiento del poder judicial, conseguir informes de profesionales que registren y expresen su historia de vida y, como en el caso de Susana y María, realizar diversos estudios de salud y poder contar con la constancia de los mismos.

Algunas mujeres se convierten en expertas en los recursos sociales. Para otras MSC, estas instituciones se tornan en un laberinto caótico (Marchese, 2006), ya que las gestiones se vuelven rutinarias, ya pueden demorar varios meses y generan sensaciones de frustración, pasivizando a las MSC a la espera de una respuesta (Rosa & García, 2009).

7.1.1.3 Hogares y Paradores

Los Paradores son dispositivos transitorios de hospedaje que provee el GCBA. Existe uno sólo para mujeres en la CABA, al que pueden acceder para pernoctar con sus

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

hijos/as pero no con sus parejas (en el caso que sean varones), y la vacante se renueva diariamente. Esto implica que las MSC no tienen el lugar asegurado para la noche siguiente, depende de la disponibilidad de camas y su lugar en la fila de ingreso al parador. El GCBA cuenta con un hogar para MSC con hijos/as, en este caso las vacantes se conservan por un tiempo estipulado y hay mayor flexibilidad en los horarios de ingreso/egreso. La admisión a este hogar no es sencilla y tiene vacantes limitadas. También existe otro dispositivo que presenta una modalidad intermedia entre ambos y es el único que admite familias en sus diversas formas. A su vez, hay algunas instituciones religiosas “conveniadas” con el GCBA se encuentran dentro de esta red de hospedaje disponible para las MSC.

Las MSC relatan diversas experiencias y apreciaciones tanto positivas como negativas. Alicia relata su experiencia en un parador (que no forma parte de la red de hogares y paradores permanentes del GCBA, sino que sólo se habilita durante el “Operativo Frío⁷”), al que concurrió pocas veces:

“Dormían las mujeres con las mujeres, los hombres con los hombres. Siempre iba con una amiga ahí. Con una compañera. Iba un día después un mes no, después una semana.” Expresa que le gustaba ir allí *“porque me bañaba, dormía, me acostaba a dormir. Y por otro no, porque nos levantaban temprano”* (Alicia, 22 años).

Para poder ingresar a un parador/hogar es necesario acatar las normas institucionales, tales como: hacer fila, llegar a horario y no ingresar bajo el efecto de sustancias psicoactivas. Estas condiciones y requerimientos presentan diversos obstáculos para muchas de las mujeres. Tal fue el caso para Susana y para Alicia, por eso eligen no pernoctar en los paradores diariamente.

“Voy a un parador del Gobierno y otro de la iglesia. Me vuelvo a la calle porque hay cosas que me prohíben a mí. Como hacer mi plata para fumarme un cigarrillo. Y tengo que laburar porque no me la da nadie. La gente en la calle me ayuda. Los hogares te ayudan pero te restringen. Si querés fumar un cigarro a las 10 de la noche no podés. Hay limitaciones” (Susana, 41 años).

Los paradores mencionados, tienen una disposición transitoria por un corto período de tiempo, a diferencia de los Hogares. Jazmín relata que desde los 12 años ha estado

⁷ El “Operativo Frío” es un dispositivo implementado por el GCBA para prevenir problemáticas relacionadas a las bajas temperaturas en la población de calle. Se realiza de mayo a agosto cada año. Involucra mayor presencia en calle de programas de asistencia y más cupos en los paradores.

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

transitando distinto Hogares, y que siente una gran diferencia desde que es madre, ya que los establecimientos son “*más lindos*”. A su vez, destaca las complicaciones de convivencia con otras mujeres y sus hijos/as, y no ve la hora de tener un lugar propio. Es de destacar que ella también ha entablado un vínculo particular con la coordinadora del Hogar, lo cual le ha facilitado su estadía en el establecimiento.

7.1.1.4 El Circuito, ¿un círculo vicioso?

Varias investigaciones con PSC han resaltado cómo el *círculo de calle* para muchos se ha convertido en un *círculo vicioso* del cual es muy difícil salir, en tanto crea una dependencia a ese sistema de asistencia (Biaggio, 2011).

En el material empírico del presente estudio, se observa que las MSC no han desarrollado dependencia con estas instituciones de asistencia. Por el contrario, la utilización de los recursos y su inscripción institucionales es realizada en forma crítica, y eligiendo (en base a una oferta acotada) a qué lugares ir y cuándo. Las redes del circuito forman parte de un conjunto de recursos disponibles para las mujeres, pero no son los únicos. Las trayectorias institucionales realizadas podrían definirse como funcionales y participativas con despliegue relativo de autonomía (Litichever, 2009).

Ahora bien, se han exployado distintos trazados que las MSC realizan en torno a las instituciones del circuito de calle, no obstante, muchas MSC eligen otras redes. En algunos casos, como se ha señalado, optan por otras formas de subsistencia.

7.1.2 Recursos fuera del circuito

7.1.2.1 Otras redes institucionales

Además de las instituciones del circuito de calle, hay otras que aparecen por fuera de este, y en muchos casos funcionan como redes de sostén y apoyo para las MSC: espacios de militancia, organizaciones sociales, religiosas, educativas, de salud.

Ana tiene varios espacios de apoyo emocional, en principio con una amiga, y también de una ONG, en la que realiza talleres y emprendimientos productivos:

“Desde ahí entonces conocí a estas chicas de acá. Y primero hacíamos una chocolatada ahí donde dormíamos en la calle. Y después ya empezamos a hacer talleres, solamente las mujeres. Porque los hombres venían, se iban a jugar a la pelota y nada más. Nada más que eso. En cambio nosotras nos quedábamos ahí. Conversábamos, charlábamos de nuestros problemas. Y veían que podían solucionar y así. Bueno y muchas veces me solucionaron el problema, me ayudaron” (Ana, 51 años).

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Para Ana el acercamiento a esta ONG y su participación, la ayudó a sostenerse emocionalmente frente a distintas situaciones, a resolver problemas de salud y también, a salir de la calle.

Jazmín, por su parte, hace cinco años que realiza actividades de militancia política, de las cuales disfruta enormemente:

“Yo milito. Yo milito en una agrupación política. [...] Hacemos trabajo barrial, hacemos... Yo doy apoyo escolar...De vez en cuando salidas con los chicos a Tecnópolis” (Jazmín, 23 años).

En este espacio de militancia, Jazmín encontró la posibilidad de tejer redes barriales, respecto al territorio en el que ya vive hace cuatro años. A su vez, le permitió correrse de ser objeto de asistencia e intervención, y convertirse en una sujeta que es reconocida en su saber-hacer por otros/as. Este espacio de construcción colectiva, genera en ella otras posibilidades subjetivantes, que transita con mucha alegría.

7.1.2.1 Rebuscárselas

Las actividades para conseguir ingresos económicos son diversas y de acuerdo a las posibilidades personales de las MSC y del contexto.

“...cuando yo también tenía mis chicos salía a la calle. A rebuscármelas yo. Salía a pedir por los negocios todo, para tener para comer” (Ana, 51 años).

Rebuscárselas, implica para las MSC buscar recursos donde parece no haberlos e inventar estrategias para sobrevivir. “Ir a pedir” en algunos casos aparece como un lugar común y en otros aparece como última opción, asociado a un sentimiento de vergüenza:

“Lo peor era pedir. Pedía en los super y era: ‘señora, ¿tiene una moneda?’. Y después me cansé” (Gisel, 29 años).

Entre los relatos recabados, se presenta aquí una tensión entre “ir a pedir” y generar el propio ingreso. El segundo estaría relacionado con sentidos más positivos para las MSC.

“Cuido coches. [...] La plata que hacemos la usamos para comer, para dormir” (Susana, 41 años).

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

“Hago malabares en el semáforo” (Evangelina, 35 años).

La posibilidad de generarse el propio ingreso, produce efectos dignificantes entre las MSC. También, en pocos casos se registró que las MSC logran tener recursos económicos mediante empleos informales:

“Cuido un nene y limpio. Soy empleada doméstica. Antes no trabajaba, y cuando no trabajaba estaba todo el día acá en el Hogar. Algunos días hay actividades, pero sino estaba todo el día acostada. No tenía nada de nada. Hasta que me puse las pilas y salí a buscar laburo” (Jazmín 23 años).

Es interesante destacar cómo discursivamente tener un empleo, aunque sea informal aparece en el relato no solamente en relación al “hacer”, sino también al “ser”. En este aspecto se observa cómo el empleo la nombra a Jazmín de otra manera y genera otros sentidos en relación a su cotidianeidad en el Hogar.

7.1.2.3 Lazos sociales

7.1.2.3.1 Los otros recursos de la calle: los negocios

En la búsqueda de recursos para intentar satisfacer sus necesidades, algunas estrategias aparecen más visibles como las institucionales, sin embargo a nivel intersubjetivo también se visibilizan otros lazos que habilitan fuentes de subsistencia para muchas mujeres:

“Y después encontramos a un farmacéutico. Y era así la entradita de una farmacia. Y te para el viento, agua, te para todo. No pasa nada ahí en ese rinconcito. Entonces hablamos con él una noche, que yo tenía la muela así, para ver si nos podía dar un calmante por favor. Y le decimos: ‘acá señor, ¿duerme alguien de este lado?’. ‘No, chicos por favor. Vengan acá. Yo a las ocho y media cierro’. Y fue una bendición porque justo estaba enfrente de una estación de policía. Y era como más tranquilo. Porque al mismo tiempo en la plaza, ahí a una cuadra, había una gente durmiendo que se había hecho como una casilla. Y nos guardaban los colchones y las frazadas. Entonces estábamos tranquilos que a la noche volvíamos y teníamos. Porque si lo dejás por ahí te lo roban. Así hacíamos eso, todos los días. [...] Y el día que salimos a alquilar, siempre nos daba una mano el tipo de una mueblería que está alado. Y ese día salimos, y nos dice: ‘chicos, tomen 1000 pesos, arranquen’. El

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

tipo un amor, con un aprecio. Un montón de gente la verdad que uno veía que andaban tirados, chupando. Teníamos ganas de salir, y salimos. Y también nos cruzamos con gente muy buena” (Gisel, 29 años).

Se pudieron visibilizar la diversidad de redes que las MSC implementan y funcionan como recursos materiales y también de apoyo emocional. En ese sentido, se destaca cómo a pesar de haber perdido el vínculo con otras instituciones que frecuentaban antes de la entrada a la calle, han podido desarrollar procesos de reafiliación social (Bachiller, 2010). Estos procesos tensionan la situación de vulnerabilidad social, generando nuevos recursos y también estrategias para comenzar a proyectar la “salida” de la calle.

7.1.2.3.2 Compañeros/as de calle

Ninguna de las entrevistadas transitó la totalidad de su experiencia en calle sola, si bien se registraron momentos en los que no contaban con ninguna compañía. En la mayoría de los casos - seis de las 9 entrevistadas- fue con personas con las que tenían un lazo previo como hijos/as. En otros, fue a partir de nuevas relaciones que fueron trazando -tres de las MSC conocieron a sus parejas en la calle.

Muchas de las MSC tuvieron acercamiento a otras PSC y pernoctaron en grupos que denominan “*ranchada*” y es un espacio que aparece ligado a la protección, contención y alegría:

“Nos seguimos riendo. Y así típico de pendejos. No nos llevamos mal en ningún momento. Y si nos llevamos mal, cada uno por su lado, otro por el otro. Por ahora conmigo está todo bien. Aparte me entienden como soy. Así” (Romina, 27 años).

También en otros casos “la ranchada” se asocia al consumo de sustancias. Alicia cuando estaba pernoctando en Retiro, confiaba en sus “*compañeras*” cuando se sentía mal, pero dejó de tener muchas de las amistades cuando cesó de consumir:

“Si los seguía viendo me iba a seguir arruinando la vida. Porque la clase de amigos que yo tenía en la calle, todos se drogaban. ¿Me entendés? Tampoco los voy a discriminar. Yo también estuve en la calle. A veces voy para Retiro. Hablo con ellos, todo. A veces sí” (Alicia, 22 años).

Respecto a las otras personas que se encuentran en la calle, con las que no tenían vínculo previo, ni entablan una relación significativa, las entrevistadas se refieren como

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

“*compañeros/as de calle*”, y advierten porque no consideran que se trate de una relación de amistad.

“Si, entre comillas tengo un montón de ‘amigos’ de todos lados. [...] Y porque la amistad es otra cosa.” Expresa que sería *“Fidelidad, digamos. Respeto. [...] No, bueno, porque he aprendido a conocer a mucha gente. Porque yo soy muy conversadora. Una porque me gusta hablar de dios. Otra porque conozco también a las personas. Así también aparte no desmerezco a nadie. Nada más que una amistad verdadera es otra cosa. Uno tiende una mano en la necesidad”* (María, 64 años).

En el caso de María, estas “amistades” le permitieron evitar el pernocte en la calle y tener un techo donde dormir. La estrategia de agrupamiento aparece en términos positivos en determinadas situaciones, pero como señala Alicia para ella romper con algunas relaciones funcionó como un mecanismo de protección frente a los hábitos del consumo de sustancias psicoactivas.

7.1.2.3.3 *La hermandad de la calle*

El distanciamiento de algunas personas que eran significativas antes de entrar en la calle y la identificación con quienes están atravesando experiencias similares, genera sentimientos de exclusión del “*resto de la sociedad*” y pertenencia a la marginalidad. Si bien no constituyen un grupo como totalidad, ni una comunidad (a no ser de los pequeños grupos y ranchadas), muchas MSC sienten empatía y forjan relaciones de solidaridad con otras PSC.

“Dormíamos en una especie de casilla en la plaza y nos las arreglábamos. La gente de los negocios nos daba comida, los vecinos también y la misma gente de la calle nos re ayudaba. Los que están en la calle te dicen: ‘ahí te podés bañar, ahí podés comer’. Es como una hermandad” (Carla, 35 años).

En la etnografía realizada por Spradley en los años ‘70 en Estados Unidos describía lo que denominó “*brotherhood of the road*” (hermandad de la calle) que estaba compuesta por códigos de reciprocidad y camaradería (Spradley, 1988). Si bien se advirtió que no se trata de un grupo como totalidad o un colectivo, ¿cómo pensar estas lógicas que atraviesan a estas mujeres y generan sentimientos de pertenencia? Ahora bien, la experiencia en calle se expresa diversamente. Las MSC reconocen en las otras PSC gestos de solidaridad hacia

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

ellas, que lo expresan en términos de *“hermandad”*, sin embargo no utilizan esta expresión respecto al conjunto de instituciones asistenciales a las que concurren. La diferencia está dada en la posición que ocupan los distintos grupos y sujetos en la estructura social. Se trata de distintas topologías de poder: mientras las instituciones operan desde la verticalidad, la *hermandad de la calle* funciona en la horizontalidad.

7.2 Redes, relaciones sociales y salud

7.2.1 Los vínculos familiares

En el caso de los vínculos familiares se presentan algunas particularidades durante la experiencia en calle. En algunos casos aparece una ruptura relacional, en otras se sostiene el vínculo.

Romina y Susana no tienen contacto con su familia de origen o amigos/as. En ambas, estas desvinculaciones son significadas en términos de pérdida.

“Tengo conocidos, y después con mi pareja nada más. No tengo contacto con ningún familiar” (Susana, 41 años).

“Nadie de mi facebook sabe cómo estoy y gente de mis parientes nada de nada” (Romina, 27 años).

Durante la experiencia en calle, varias de las mujeres siguen manteniendo contacto con su familia de origen y amigos/as, aunque con diversos matices en su relación. En el caso de María, ella tiene contacto telefónico frecuente con sus hijos/as y nietos/as pero ellos/as no saben de su situación. Ella prefiere no contarles para *“no preocuparlos”*.

En el caso de Jazmín, ella tiene una relación cotidiana con su familia, sin embargo no siente que sean un gran sostén:

“Los padrinos de mi hija, me ayudan con las cosas de mi hija. Y mi vieja, estamos así, pero me ayuda también con mi hija. Me la cuidan. No estoy sola pero tampoco estoy muy acompañada, intermedio” (Jazmín, 23 años).

Estos cambios en los modos de vincularse se relacionan con la dinámica que propone la situación calle y los sentidos asociados a la experiencia. También se asocian a procesos migratorios que produjeron alejamientos significativos. Respecto de los vínculos

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

familiares también se han registrado distanciamientos forzosos que se profundizan en el Capítulo 9.

7.2.2 ¿Ruptura de los lazos sociales?

Es en el relato de la vida cotidiana de las MSC en la que se pueden observar diversa variedad de relaciones sociales. Muchas de ellas tienen un desarrollo histórico previo a la experiencia de calle, algunas se sostienen durante la misma, y otras se ven interrumpidas. En la investigación realizada, se observa que si bien varias de las MSC entrevistadas atravesaron conflictos relacionales que las habría acercado un proceso de mayor vulnerabilidad, durante su experiencia en calle pudieron establecer nuevas relaciones y redes y sostener muchas anteriores.

Como ya se ha mencionado, varios estudios sostienen que la fragilidad en los lazos sociales, las rupturas relacionales, los conflictos familiares son situaciones clave que configuran parte del entramado del acercamiento a la experiencia en calle. Ahora bien, ¿se trata de ruptura de los lazos sociales o transformación?

A pesar de haber atravesado algunas rupturas, en las entrevistas realizadas se observó que todas las MSC generan distintos vínculos dentro y fuera de la calle. También, a partir de la situación de calle, las MSC han transformado la forma de vincularse con amistades y familiares. Menéndez (2009) nos permite problematizar estas conceptualizaciones, y propone atender a la resignificación y expansión nuevas relaciones sociales en los espacios cotidianos en las que se producen y no sólo centrar la atención en las que se erosionan o desaparecen.

Las redes y lazos sociales se construyen en distintos niveles: de los sujetos, de las instituciones y de la estructura social (Menéndez, 2009). Esto implica relaciones de clases sociales, de género, de poder, opresión y considerar el contexto de producción, reproducción, modificación, desaparición y erosión de las relaciones sociales. El presente estudio no se presenta como totalidad para la comprensión de las redes y lazos sociales de las MSC, ya que solamente se encuentra centrado en el punto de vista de las actrices sociales. Sin embargo, desde esta perspectiva, se observa el gran despliegue de relaciones, que ponen en tensión los procesos de *desafiliación social*.

7.2.3 ¿Pura supervivencia?

Las mujeres han ido ideando distintas formas para sobrevivir en la calle, una de ellas es la utilización de las redes de asistencia instituidas y otra es la estrategia de agrupamiento, tal es el caso de las mujeres que tuvieron experiencias de pernocte en

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

ranchadas. Se observa una combinación de distintas estrategias a los fines de sobrevivir en la calle. Esto ha sido destacado también en otros ámbitos:

Un fenómeno que caracteriza a las ciudades latinoamericanas lo constituyen los denominados “niños de la calle”, cuya capacidad organizativa ha posibilitado en gran medida la supervivencia de sus miembros por lo menos durante un determinado tiempo, dada su limitada esperanza de vida (Menéndez, 2006, p. 162).

En algunos casos estas nuevas relaciones y redes funcionaron en términos de recursos y apoyo tanto materiales como afectivos y facilitaron poder crear condiciones de posibilidad para ensayar “salidas” de la calle. Sin embargo, esto no implica que todas las redes y lazos sociales que desarrollan las MSC se realicen bajo un principio de supervivencia, ya que intervienen una multiplicidad de atravesamientos y situaciones.

Por el contrario, las MSC sostienen distintos lazos afectivos y actividades ligadas con el placer como la militancia, ir a la iglesia, talleres de capacitación, hacer ejercicio. Asimismo, aún respecto a las instituciones del denominado *circuito de calle*, tampoco su concurrencia siempre responde a una necesidad básica. Tal es el caso que relata Susana, quien plantea que ella consigue mejor comida en la calle que en el comedor, pero prefiere ir ahí porque le atrae “*comer con gente en una mesa*”. En este aspecto, las instituciones del circuito también funcionan como espacio para la sociabilidad.

7.2.4 La mala junta

La premisa que sostiene que todas las redes sociales son “buenas para la salud” respecto al p/s/e/a/c (Menéndez, 2009), en el sentido que actuarían como “factores protectores” frente a situaciones adversas, son refutadas por las experiencias de las MSC. Si bien este enunciado tiene cierta validez, no constituye un axioma universal.

En primer lugar, se observa cómo en mujeres que experimentaron violencias en sus hogares, acudieron a la calle en busca de salud mental (Botelho *et al*, 2008). En ese aspecto, las relaciones familiares que mantenían constituían factores sumamente dañinos para su integridad física y emocional. Las rupturas relacionales, implicaron poder situarse en un escenario más seguro.

A su vez, algunos los lazos afectivos, entre las MSC y sus parejas/compañeros/as de calle, funcionan en términos de obstáculo para la “salida” de la calle. Evangelina relata sus situaciones de consumo en la ranchada y lo atribuye a “*la junta*” que eran en su mayoría mujeres con sus hijos/as al igual que ella. En ese aspecto las relaciones se convirtieron en facilitadores para el consumo abusivo de sustancias psicoactivas. En estos casos las

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

mujeres eran conscientes que esas relaciones eran negativas para ellas, sin embargo había otros sentidos afectivos y también temores a encontrarse solas en la calle.

7.3. Utilización estratégica de los recursos

En este apartado se ha desarrollado la diversidad de redes institucionales e interpersonales que las MSC desarrollan y utilizan de manera estratégica. Cabe recordar que las relaciones sociales de las MSC se inscriben en un contexto de marginalidad y exclusión social, atravesado por dimensiones de género en el que las mujeres encuentran desventajas históricas respecto de los varones. Sin embargo, se destaca cómo esta situación de exclusión no es total y las MSC sostienen lazos previos a la situación de calle, como así también producen nuevas relaciones con instituciones y personas de diversos contextos sociales. Por ende, la situación de calle crea condiciones de vulnerabilidad, pero no determina la ruptura de lazos y el aislamiento. En ese aspecto, se observa el conflicto entre los procesos de desafiliación- reafiliación y la transformación de las relaciones sociales. Por último, se destaca el papel de las relaciones sociales en términos de recursos materiales y afectivos en el contexto de calle y fuera de él. A su vez, esta multiplicidad de recursos devino un insumo importante a la hora de implementar estrategias de cuidado y atención de la salud, como se desarrollará en el capítulo siguiente.

8. PADECIMIENTOS Y ATENCIÓN DE LA SALUD EN LA CALLE

En este capítulo se desarrollarán aspectos específicos al p/s/e/a/c de las MSC desde sus propias perspectivas. Se comenzará por describir los distintos padecimientos y problemas que afectan su salud, luego se trabajará cómo narran y significan esta experiencia, y por último, las estrategias que utilizaron para intentar curar, resolver, prevenir y cuidar de su salud.

8.1. Problemas del p/s/e/a/c

Las cuestiones que las mujeres perciben como afectando su salud y la de sus familias en el contexto de la situación de calle varían de acuerdo a sus historias de vida y momentos vitales, sin embargo, también se han podido relevar distintos patrones que insisten.

8.1.1 Padecimientos de las MSC

8.1.1.1 Enfermedades y malestares

Se observaron que las MSC presentan enfermedades crónicas como: anemia, diabetes e hipertiroidismo. También padecimientos estacionales relacionados con el sistema respiratorio (broncoespasmos), enfermedades de transmisión sexual (sífilis) y otros padecimientos con diagnósticos indefinidos:

“Lo que tengo cada dos por tres es el estómago, que no sé qué es lo que es. Me empieza a doler la boca del estómago, empiezo a devolver. Quiero estar adentro y me tira la cama” (Ana, 51 años).

Es de destacar algunas continuidades entre la población general en situación de calle en la CABA y la información que brindan las entrevistadas. Según la sistematización realizada por la ONG MDM (2010) se ha identificado que los problemas de salud más prevalentes son: enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo, enfermedades del sistema respiratorio y enfermedades del sistema osteomuscular. Se observa que los datos cualitativos arrojados con MSC en el presente estudio son consistentes con los de la población general en situación de calle.

En el caso de las enfermedades respiratorias, además de su carácter estacional que afecta a la población en general, también influyen fuertemente las condiciones materiales de vida, siendo las MSC más vulnerables a las variaciones climáticas. Como han señalado diversos estudios, la situación de calle aumenta la susceptibilidad frente al desarrollo de

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

enfermedades y afecciones. Esto, en parte, se relaciona con las circunstancias en la que las PSC desarrollan su vida cotidiana (Médicos del Mundo, 2010).

Los malestares odontológicos y en particular las infecciones estuvieron presentes como experiencias de extremo dolor en 5 de las 9 entrevistadas, llegando a situaciones críticas:

“Tengo un flemón. Tengo toda la muela toda picada, que ya se me terminó de partir la muela y en el hospital me dijeron que tenía que matar la infección para que me la puedan sacar. Tengo toda la parte del oído, la garganta y la muela, todo inflamado” (Romina, 27 años).

Cabe señalar que la demanda por problemas dentales es una de las más frecuentes en la población en situación de calle. Para las MSC esta problemática se encuentra relacionada con no contar con condiciones de higiene necesarias para el cuidado dental. Otros factores que se registraron en la prevalencia de este tipo de dolencias es la escasa cantidad de instituciones públicas que brinda este tipo de servicios, la falta de conocimiento por parte de la población respecto de ellas, y la dificultad y demora para conseguir turnos.

Ahora bien, se plantean algunas diferencias al respecto de otras investigaciones ya que la presente muestra sólo comprendió mujeres, y por ende han sido plasmadas problemáticas que competen a este grupo social tales como: dificultades en los embarazos, abortos y problemas ginecológicos. Susana relata cómo haber atravesado ocho partos ha afectado su salud:

“Tuve ocho partos normales. Un montón [...] Ahora tengo una operación para hacerme, que tengo que hacerme estudios. De un quiste en el ovario izquierdo. Era un quiste chiquito, después se hizo mediano, ahora es como un saché de leche. Así que imagínate que me lo tengo que operar urgente” (Susana, 41 años).

Los numerosos embarazos que atravesaron varias de las entrevistadas, tienen un impacto en el cuerpo y en las condiciones de salud.

8.1.1.2 Padecimientos relacionados con la salud mental

Estrés postraumático, miedos, angustias, violencias (abuso sexual infantil), y consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, afectan a las MSC.

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Los episodios de violencias que experimentaron las MSC transcurren en –por lo menos- dos escenarios diferenciados: la calle y en ámbito familiar/ “privado”. Al respecto, ya se trabajó cómo en algunos casos las MSC entran en la calle en busca librarse de las violencias que percibieron en sus familias. Sin embargo, estas experiencias han dejado marcas de las que no es posible deshacerse tan fácilmente:

“A veces me pasaba, me acordaba de lo que me pasó cuando era chica. No es que a veces, ahora ni pienso nada, pero antes sí. Pensaba que yo estaba en la calle, de todo lo que me pasó. [...] Me hacía sentir mal” (Alicia, 22 años).

El recuerdo de estas experiencias vividas se encuentra presente en la calle y es causa de sufrimiento. Por su parte, los episodios violentos que experimentan se encuentran relacionados con cuestiones concernientes a los peligros de ser mujer en calle y los temores respecto de su integridad física y sexual.

Además de las violencias recibidas por otros, se destacan también episodios de autoagresión:

“Hasta hace poco me cortaba los brazos, tengo estas marcas” (Susana, 41 años).

Las marcas que muestra son cicatrices que se encuentran en el antebrazo. Susana relaciona estas prácticas con lo que ella denomina “*la droga*”. Su dependencia a varias sustancias psicoactivas - Paco, Pasta Base, cocaína, e “inyectables”- llevaba a que en momentos de abstinencia se pusiera muy nerviosa y se calmaba cortándose.

Como ya fue señalado, la problemática de consumo de sustancias insistió en todas las entrevistas realizadas, ya sea por la experiencia personal, o discursos frente a “*la droga*” y las/os consumidoras/os. En este aspecto, resulta interesante señalar, que si bien las MSC la consideran una problemática, no la perciben como un problema del campo de la salud. Para las MSC la problemática del consumo de sustancias psicoactivas se encuentra relacionada con la *experiencia en calle*. Como expresa una de las entrevistadas: “*Es difícil estar en la calle sin drogarse*” (Susana, 41 años).

Otros padecimientos mentales, se remiten a eventos traumáticos que acontecieron antes de la situación de calle. Romina manifiesta el impacto de ser sobreviviente de Cromañón, y sus secuelas tanto corporales y emocionales:

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

“Pos-Cromañón es lo que sufrimos todos los que fuimos víctimas, que tenemos que ir al psicólogo. Tenemos que ahora bancarnos muchas cosas y delirios. Podés estar durmiendo y te despertás como temblando. Sentís como cuando estuve ahí adentro que me rasguñan las piernas, y me tengo que tapar como con cuatro cinco frazadas porque siento que me están agarrando. O estoy durmiendo con mi pareja y lo suelto de un momento a otro” (Romina, 27 años).

En este caso, Romina refiere que desde que se encuentra en situación de calle, hace seis meses, ha interrumpido su tratamiento psiquiátrico y no está tomando la medicación que utilizaba para dormir (Clonazepam) por falta de recursos económicos para adquirirla. Esto le trae diversos malestares, que reactualizan la experiencia traumática que atravesó hace ya diez años.

8.1.1.3 Otras problemáticas que afectan la salud

Otras situaciones y problemas que impactan en la salud de las MSC son: conflictos vinculares, condiciones materiales de vida; adversidades climáticas; privación de la libertad; separación de los/as hijos/as; maltrato de instituciones del estado destinadas a la atención de PSC.

“También te sentís mal y justo te pasan estos los del BAP, les decís como le dijo mi novio ‘mi novia está cagada de frío con un ataque de asma’. ‘Nosotros no podemos hacer nada, tenés que llamar’. No teníamos ninguna frazada, nos habían robado todas las frazadas. No nos dieron bola directamente, llamábamos y nunca vinieron, tuve que estar tapada con un cartón, con un ataque de asma casi muerta, el pendejo parado alado mío así llorándome diciéndome, ‘loca despertate’” (Romina, 27 años).

La accesibilidad a la salud y a las prestaciones sociales, se ve obstaculizada, en varias ocasiones, por encontrarse en situación de calle. También se observaron episodios de *malos tratos* por parte de instituciones de asistencia. Esto constituye una barrera para el ejercicio del derecho a la salud.

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

8.1.2 Problemas de Salud del grupo familiar de las MSC

Respecto a la salud de las familias de MSC se destacan: enfermedades musculoesqueléticas; problemas respiratorios; consumos problemáticos; problemas de atención; bajo peso. Las MSC definen algunas problemáticas utilizando categorías específicas:

“Ella (hija de 6 años) empezó a los dos meses con una neumonía, grave, que le encontré... Que la mitad del pulmón derecho no le funcionaba, que nació así. Y es una nenita con inmunodeficiencia respiratoria. [...] Y también tiene un problema en la sangre, que se le hace moretones y se lesiona a veces jugando. Tiene problema de glóbulos, y está cada vez sacándole sangre, transfundiéndole. Ahora está más tranquilo, hace 4 meses que no hacemos nada. En verano la pasó muy mal, estuvo en terapia intensiva” (Jazmín, 23 años).

Se observa en varios casos, en relación a padecimientos crónicos, la apropiación del discurso biomédico a la hora de su enunciación. Mario Pecheny (2009) describe este fenómeno como *proceso de expertización*, que implica un “aprendizaje subjetivo derivado de la convivencia con una patología o cuestión de salud, se materializan en un ‘capital de paciente’, tanto a nivel de recursos como de conocimientos” (Pecheny, 2009, p. 5).

1.3 Problemas relacionados con la situación de calle

La calle tiene fuertes impactos sobre la salud de las mujeres, por un lado agravando condiciones preexistentes, y también propiciando la aparición de nuevos padecimientos. Susana expresa que sus afecciones crónicas, en adición a su edad parecerían sobredimensionarse en el contexto de la calle:

“La calle afecta mi salud porque estoy enferma. Si tuviera 20 años creo que volaría como vuela las chicas como el viento” (Susana, 41 años).

Romina describe cómo la situación de calle ha complejizado su problema respiratorio. Principalmente ha tenido *“muchos tos, muchos dolores de espalda, y dolores de huesos”* y expresa qué diferencias observa:

“Cambié un montón porque yo no tenía problemas de asma, no tenía epilepsia. Ahora tengo que usar el aparato cosa que nunca en mi vida usé. Yo no sabía lo que era, ¿me entendés? Pero ahora que tengo que usar medicación y el PAF es un garrón” (Romina, 27 años).

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Distintas problemáticas frecuentes y controlables tales como: diabetes, anemia e infecciones odontológicas, adquieren dimensiones más agudas durante la experiencia en calle. Al respecto, se visibiliza que los problemas de salud no sólo dependen de las formas de enfermar y morir, sino también de los procesos que generan estas condiciones (Breilh, 2010). En ese sentido, la calle aparece como un espacio hostil que impacta en la vida de las MSC, en algunos casos en forma arrasadora, en tanto *“...en la calle te arruinan la vida”* (Alicia, 22 años). Incluso, la calle también deviene en un padecer en sí mismo, que se manifiesta en distintas formas:

“En el desgaste, en la columna. En el pecho, en todo. [...] Sufría. Yo ponele sufría horrores. Todos los días. Y todos los días eran reproches porque yo, no me podía permitir yo estar en esa situación. En un momento, es lo que te decía, la rutina también hacía que uno no pudiera despegar. Y sentía que en él (su pareja) no me podía apoyar. Al ritmo que yo quería ir. Entonces fue muy feo” (Gisel, 29 años).

En conclusión, *“La calle te trae, te guste o no, te trae enfermedad”*. Las condiciones *mal-sanas* en las que las MSC desarrollan su vidas se presenta como un destino del que, aparentemente, no se puede escapar, ya que se encuentra estrechamente ligado a los modos de vida que permite la situación de calle. Estos reproducen un *vivir malsano* que profundiza, reproduce, y genera padeceres y enfermedades diversas.

“Quiero tener una mejor calidad de vida. Estando dignamente aunque sea en una habitación de hotel” (Susana, 41 años)

Las MSC sostienen que la situación de calle afecta su calidad de vida en tanto propone condiciones indignas basada en inequidades sociales. Los relatos recabados aluden a una concepción de salud/enfermedad en forma compleja, comprendiendo los impactos corporales, emocionales y sociales, y las condiciones macro sociales que la atraviesan.

En ese aspecto, los determinantes sociales del p/s/e/a/c. Es decir, cuestiones que atañen a las condiciones sociales, económicas, laborales, habitacionales, higiene, alimentación y lazos sociales. En las formas de padecer y los impactos que tiene la calle, se entrecruzan las tres dimensiones de la *determinación social de la salud general, singular, particular* (Breilh, 2009), que incluyen las relaciones de producción, propiedad y poder como condiciones objetivas de materialidad social que determinan la salud.

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Por otro lado, a pesar del destino fatal que propone la calle, se observa que esta determinación no delimita un único porvenir y varias de las MSC han desarrollado estrategias para producir *actos en salud* a pesar de las vicisitudes.

8.2. Experiencia de Padecimiento en Calle

Los padecimientos se inscriben en las biografías de las MSC en forma diversa y cobran diferentes sentidos durante la experiencia en calle.

8.2.1 Experiencia de dolor agudo

Gisel relata cómo vivió la experiencia de tener un dolor agudo en la calle:

“Yo estaba deforme, deforme. Por la muela. Se inflamaba. Era una muela que la terminaron rompiendo mal. Y se me fue inflamando. Llegó un momento que me sacó la muela sin anestesia. En la Facultad de Odontología. Cómo sufrí, me acuerdo mal. Sentís que te querés morir. Te querés morir antes de que vengan a auxiliarte. Más con el dolor de muela, era insoportable. Los ruidos de los coches, las luces, no podés descansar. Te juro que ese era uno de los temas que pensaba: ‘ojalá quiera Dios que no me enferme’. ‘Ojalá Dios quiera que no me vuelva a doler la panza, ni nada’. Y con eso te hacés re duro. Cuando es una cuestión de una infección, después para que no te duelan los pies, ni la cabeza, ni la panza. Para que no te duela nada. Viste, te hacés algo como de la cabeza que funciona sobre el cuerpo.”

El contexto de la situación de calle, la falta de privacidad, higiene y tranquilidad, parecería sobredimensionar los malestares. En efecto, expresa que si no hubiera estado en situación de calle, habría tenido otras posibilidades:

“Hubiera podido descansar. Hubiera podido acostarme en una cama. Un montón de cosas que son muy distintas a estar en la calle. Y vulnerable por demás. Y si los chicos se enfermaban, o estaban cansados. No es lo mismo sentarse en el piso, que llegar a tu casa y poder sentarte en una silla, en una mesa. Estar en una cama. Poder bañarlos tranquila. Me parece que el que no pasa por eso, no lo capta. Es feo, muy feo” (Gisel, 29 años).

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Las diferencias entre experimentar un padecimiento en situación de calle y en el contexto de una casa, o una habitación, resultan abismales para las MSC. Cuestiones que hubieran podido solucionar fácilmente en sus hogares, como un dolor de cabeza o malestar estomacal, en la calle se vuelven mucho más difíciles de resolver. En ese aspecto, las MSC manifestaron que su experiencia de padecimiento hubiera sido diferente si no hubieran estado en situación de calle. Hicieron referencia que hubiera sido mucho más cómodo y deseable estar en una cama, en su habitación.

8.2.2 Malestares cotidianos

Frente a padecimientos que afectan frecuentemente a las mujeres, surgen algunas vicisitudes adicionales en la calle.

“Son muchas cosas, que te pasan en la calle. Los chabones se pueden ayudar entre ellos. Siendo mujer, no sabés lo que te puede pasar. Con un dolor menstrual que te está matando y estás con una cara y te dicen ‘¿estás bien?’” (Romina, 27 años).

En la experiencia de Romina, lo que parecería generarle mayor malestar que el dolor menstrual sería la falta de empatía por parte de sus compañeros de calle varones. En este aspecto, se refiere a significaciones respecto del cuerpo de las mujeres. Estas significaciones, que en algunos casos son tabú no sólo en los varones, sino también en las mujeres respecto de su propio cuerpo. En el contexto predominantemente masculino que presenta la calle, las MSC se sienten más reticentes a poder admitir frente a sus compañeros varones algunas formas de padecimiento que ponen en juego cuestiones de su sexualidad e intimidad.

8.2.3 Sobrevivir a pesar de todo

La experiencia de padecimiento en calle para las mujeres aparece desafiante en términos de sufrimiento. En los casos de malestares crónicos, que requieren múltiples cuidados cotidianos, las MSC relatan cómo los afrontan:

“Y sigo, sigo adelante. Sigo, voy a hacerme los estudios, tomo la medicación. Sigo adelante. Es vivir enferma en la calle pero sigo adelante. Levantarme, bañarme. No dejarme estar” (Susana, 41 años).

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

“Sobrevivir a pesar de todo” es un sentido que se desliza a través de los distintos relatos:

“Yo sobrevivía igual. Por ejemplo cuando me pusieron sangre, yo estaba como si nada” (María, 64 años).

Parece que en la calle no se trata de vivir, sino de sobre-vivir (MDM, 2009; Ávila & Pallares, 2014). Por ende, habiendo visibilizado esta insistencia, y retomando lo trabajado en el Estado del Arte respecto a las distintas aproximaciones y definiciones de la problemática de la situación de calle, tal vez habría que considerar incorporar este sentido que las mujeres dan acerca de su experiencia en términos de “sobrevivientes a la calle”. Cabe mencionar que estudios desde el feminismo toman concepciones similares (Pardis, 2009), optando utilizar otras categoría que den cuenta de los efectos de la opresión y las desventajas que genera, pero sin re-victimizar a las mujeres.

Así como otros/as sobrevivientes a experiencias devastadoras, las MSC han logrado resignificar aspectos del padecer en y de la calle:

“Nos hicimos muy fuertes también todos. Te hace muy fuerte. El frío, el agua, te hace estar fuerte, no te enfermás más” (Gisel, 29 años).

Retomando lo trabajado respecto a los aspectos significados como positivos que la calle les ha brindado a las MSC en tanto aprendizaje y desarrollo de fortalezas, se observó que las mujeres se apropian de lo vivido en términos de *agenciamiento*, es decir “una multiplicidad que comporta muchos términos heterogéneos, y que establece uniones, relaciones entre ellos a través de diferentes naturalezas” (Deleuze & Parnet, 1980, p. 83). Lo que se agencia proviene del magma de significaciones imaginarias sociales disponibles (Fernández, 2007, p. 207). Estos agenciamientos se transforman en potencia frente a la devastación de perderlo todo:

“Piloteándola todos los días. Luchándola todos los días por sobrevivir. Por vivir” (Susana, 41 años).

“Yo soy luchadora” (María, 64 años).

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Las MSC plantean estas formas de supervivencia en términos de “lucha”, que devienen en procesos subjetivantes que las fortalecen y les permite proyectarse un futuro más digno.

8.3. Estrategias de atención y cuidado de la salud

Las MSC desarrollan estrategias para intentar comprender sus problemáticas y ensayan acciones para intentar solucionarlas:

“Voy a una salita a veces” (María, 64 años)

“Me medico yo misma” (Romina, 27 años)

“Voy de mi amiga” (Ana, 51 años)

“Me atiendo acá en la plaza con una ONG” (Susana, 41 años)

“Voy a una iglesia Evangélica” (Alicia, 22 años)

Se observa que las mujeres cuentan con diversas redes y recursos que despliegan, tanto a nivel de los lazos sociales con personas significativas, como al nivel de las instituciones de salud y otras organizaciones.

8.3.1 Atención Biomédica

8.3.1.1 Percepciones de los servicios y trabajadores/as de la salud

Las entrevistadas utilizan como estrategia de atención, en algunas ocasiones, la concurrencia a servicios del Sistema Público de Salud de la CABA (Hospitales Generales, Pediátricos, Salud Mental, CeSac). También fueron mencionadas dentro de sus estrategias otras instituciones como ser ONGs que brindan atención biomédica y entregan medicación en la calle. Insistió una valoración positiva de los/as profesionales médicos/as de los distintos tipos de prestaciones.

“En el hospital, los pediatras son los mejores, son re buenos, muy amorosos” (Jazmín, 23 años).

“Gracias a Dios los médicos que me atendieron. Los médicos de cabecera fueron lo mejor” (Romina, 27 años).

Esta valoración expresa una transferencia positiva las instituciones de salud, y sus profesionales. Se basa en la relación que las MSC entablan con un otro poseedor de cierto

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

saber y de ciertas prácticas para resolver y aliviar sus padecimientos. Al respecto de este tipo de vínculo médico/a-paciente, más adelante en este capítulo se harán algunas consideraciones.

8.3.1.2 Medicalización

El consumo de medicamentos de prescripción médica, se evidencia tanto el indicado por profesionales, como en prácticas de automedicación.

“La otra noche mi hija estaba agarrando fiebre y le quise dar un poquito de ibuprofeno y le pasó” (Alicia, 22 años).

Todas las entrevistadas refirieron distintas situaciones en las que gestionan la administración de medicamentos, tanto para ellas o sus hijos/as. En este aspecto se destacan los procesos de *medicalización* y de producción y difusión de medicamentos, que atraviesa todos los sectores sociales (Menéndez, 2009). Esto a su vez, se encuentra reforzado las relaciones que hay entre los modos de atención biomédicos y las formas de autoatención (Menéndez, 2009). La biomedicina, por su parte, condena algunas prácticas relacionadas con la automedicación, sin embargo, simultáneamente, las promueve y favorece en algunas ocasiones.

8.3.2 Atención popular y tradicional

Los modos de la atención biomédicas, no parecerían ser las únicas modalidades utilizadas por las MSC:

“Después conocí a la iglesia. Que gracias al Señor, gracias a Dios, dejé la droga. Dejé de andar en la calle [...] Me invitaron, mi hermano, mi mamá, la gente que iba ahí a la iglesia. E íbamos. Y una vuelta entré, no sé cómo entré, pero entré. Me senté y escuché la palabra. Y me ayudó. Bueno iba y después me seguía drogando. No es que ya no lo hacía. Iba todos los miércoles o todos los domingos. [...] Me bauticé y di un testimonio y dejé de drogarme” (Alicia, 22 años).

Estas prácticas de atención y cuidado centradas en figuras religiosas y sus propiedades curativas son denominadas por Menéndez como: *saberes y formas de atención populares o tradicionales*. Se observa que en los casos de las MSC que han implementado estas estrategias, su terapéutica ha resultado de gran eficacia. Se trata del “poder de la

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

palabra”, esto supone el efecto simbólico sobre las MSC, que podría ser comparable al papel curativo de las profesiones biomédicas, salvo que en este caso también para ellas está revestido de un contenido místico.

“Y bueno, ¿sabés qué es lo que me sostiene siempre? Creer en Dios. Y él me va llevando también si tengo que ir a un lugar. O pone a una persona que me dé una mano” (María, 64 años)

Estas explicaciones y estrategias de resolución de los problemas que afectan su salud, se presenta como una alternativa posible que se combina, a su vez, con otras formas y saberes. Por último, se destaca la utilización de este tipo de formas de atención frente a la problemática del consumo de sustancias psicoactivas.

8.3.1.3 Autoatención y Autocuidado

8.3.1.3.1 Estrategias de autocuidado

En el contexto de la calle, las mujeres desarrollan distintas prácticas de autocuidado, tomando distintos sentidos asociados a esta categoría.

Cuidado de supervivencia:

“Me tapaba con muchas frazadas, dormía en un colchón. Hacía una carpita” (Alicia, 22 años).

Tener suficientes frazadas, llegar a horario al comedor, tener un lugar donde repararse del frío por la noche, son preocupaciones esenciales del pernocte en calle. Menéndez plantea que el concepto de *autoatención* ser distinguido en dos niveles: uno amplio y otro restringido. El primero corresponde a las formas de autoatención que son necesarias para garantizar la reproducción biosocial, como las mencionadas anteriormente; mientras el segundo, refiere a actividades y sentidos relacionados con el p/s/e/a/c (Menéndez, 2004). En ese aspecto se destacan algunas actividades de cuidado que las MSC realizan.

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Cuidado como actividades paliativas frente a un padecimiento:

“Estoy pensando constantemente en mi enfermedad y en que me tengo que cuidar. [...] Se me va la vista y me tengo que cuidar. Entonces pienso en todo lo que me pasó. Pienso en la metrorragia y que puedo quedar ciega” (Susana, 41 años).

Cuidado como actividades que promueven indicadores saludables:

“Yo camino mucho también. Y me ayuda mucho caminar, porque no tengo colesterol, no tengo diabetes, no tengo presión alta, no tengo nada” (María, 64 años).

Cuidados en las relaciones sexuales:

“Soy de cuidarme mucho. No soy de tener relaciones con nadie, solo con mi pareja. Solo que él es más joven, y me vino con eso. Bueno, lo perdoné y todo y seguí con el tratamiento” (Susana, 41 años).

Estos cuidados relacionadas, atravesados por procesos de vulnerabilidad social y precariedad material, relegan otros considerados situacionalmente menos significativos:

“Me acuerdo que cuando estaba en la calle, llega un momento, como que ya no te preocupan esas cosas. Pero después cuando remontás, empezás a salir y preocuparte por todo. Con el tema de la documentación, de la limpieza, de los dientes, pasarse una crema en la cara, depilarse. De todo en general. Entonces empezás otra vez a hacer todo lo que no hacías. Hasta una crema me compré. Porque me había hecho muy mal el sol, la calle. La cara la tenía muy mal. Igual ahora cuido bastante. Hasta los vasos enjuago” (Gisel, 28 años).

8.3.1.3.2 Estrategias de autoatención

Las mujeres no solo idean actividades para evitar o prevenir ciertos malestares, sino que también construyen diferentes respuestas para resolver los padecimientos que se les presentan.

“Es que yo, renegaba mucho. Yo me ponía, me pongo muy nerviosa. Y a veces se me quita el habla por un rato. O sino empieza a temblar todo mi cuerpo. Cuando me

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

pongo nerviosa que algo pasa con mis hijos, me pongo así. Me pasó eso cuando mi hija cayó presa. Y era tanto que lloraba y me decía 'mamá no me dejés sola'. Y yo venía a verle y ella me decía 'mamá...' y a mí como que me quedó todo acá en la cabeza. Y no podía, lloraba, lloraba, lloraba. Vivía llorando. Ahí, después agarré y me descompuse. Y me la mandaron a llamar a Laura. Ella también va a la iglesia conmigo. Y ella se puso a orar un poquito. Y me habló. Y me tranquilicé. Voy y cuando tengo un problema yo le cuento a ella, ella tiene un problema y me cuenta a mí. Y tratamos de que nos ayudemos. Ella dice 'y bueno ya está, ya va a pasar'. Me da un aliento y yo también le doy un aliento a ella, cuando ella tiene un problema. Y así [...] me saca lo nervioso porque ella me habla y me habla" (Ana, 51 años).

Ana describe la relación que tiene con una amiga-vecina, en términos de apoyo mutuo y prácticas de sororidad. Se destaca el aspecto horizontal y bidireccional en tanto ambas se posicionan como curadoras y "pacientes". Esta relación con su amiga, le ha permitido a Ana afrontar distintos problemas que la afligen en relación a situaciones de extrema vulnerabilidad que vivencian sus hijos/as y nietos/as.

Frente a la falta de accesibilidad para obtener una medicación que considera necesaria Romina, ha ingeniado estrategias singulares para conseguirla:

"...tengo que tengo que recurrir a un amigo o alguien que tenga la pastilla de Clonazepam y me la pueda dar. Y darme un pedacito y decirle mirá que la tengo que tomar todos los días para equilibrar. Ahora hace varios días que no tomo" (Romina, 27 años).

Las respuestas que las MSC desarrollan frente a los distintos problemas de s/e/a/c se encuentran relacionadas con el tipo de problemática, el riesgo, la frecuencia del padecimiento y los diagnósticos presuntivos que elaboran.

En el caso de las MSC con padecimientos recurrentes o crónicos, se observan prácticas específicas:

"...yo me corto las uñas, me higienizo. Trato de lavarme para no tener infecciones" (Susana, 41 años).

"...tengo que comer la comida especial. Ahora también, pero voy a retomar a ver cómo hago con la nutricionista y me da alguna medicación" (María, 64 años).

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

A su vez, a lo largo de su experiencia de padecimiento han desarrollado un conocimiento detallado respecto de su problemática y las actividades que podrían realizar para mejorar su situación:

“Si yo vivo sola, digamos que yo me puedo cocinar. Y yo me conozco mi cuerpo. Como tengo problema de digestión, yo como verdura también. Y ya está. Sé cómo manejarme. Y como hígado con carne, y huevo. Si yo comiera hígado tres veces por semana yo lo recupero al hierro. También lo que vale mucho la tranquilidad de donde vive” (María, 64 años).

“Hago tratamiento médico. Tomo metergolina para la diabetes. Tengo diabetes tipo dos. Trato de hacer dieta. Tengo que hacer una dieta estricta porque se me va la vista. Y trato de cuidarme lo que pueda” (Susana, 41 años).

La experiencia de tener una enfermedad/padecimiento crónica, genera ciertos conocimientos provenientes de las tradiciones biomédicas respecto a hábitos “saludables”, actividades preventivas y de automedicación. En este aspecto la *carrera de enfermas* permite visibilizar cómo las entrevistadas han desarrollado un saber respecto de su padecimiento, y las formas de prevenir y curar.

En ese sentido, el concepto de autoatención es estructurante del p/s/e/a/c, y en la tradición occidental se encuentra fuertemente atravesado por prácticas biomédicas. En las estrategias de autoatención y autocuidado de las MSC se puede observar una apropiación del discurso biomédico. Si bien la relación médico paciente es una relación asimétrica, en la que el paciente se encuentra a la espera de una cura y de un supuesto saber por parte del médico, también es dinámica, que se defina a partir de las posibilidades de cada sujeto (Cortés, 1997).

Todo diagnóstico supone etiquetamiento, pero también un sistema de transacciones; según las cuales el paciente reaccionará apropiándose del saber médico, tratando de resignificarlo según sus propios objetivos y posibilidades. El paciente podrá aceptar el diagnóstico y la prescripción médica, o decidirá abandonar el tratamiento y recurrir a otro facultativo (Cortés, 1997, p. 92).

Como se señaló hacia el inicio de este capítulo, las MSC (o sus hijos/as) con padecimiento crónico han desarrollado *procesos de expertización*, que implican modos diferentes de relacionarse con los profesionales, fruto de las trayectorias por los distintos servicios. Esto da lugar al capital de las pacientes en tanto acumulan conocimiento respecto de los tratamientos, las actividades preventivas/paliativas y sus implicancias. A su vez, en

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

los casos de padecimientos relacionados con diabetes y anemia se observó un gran despliegue y compromiso de actividades de prevención y cuidado (Pecheny, 2009).

8.4. Cuidados

8.4.1 La gestión de los cuidados

Las MSC son las que asumen el rol de cuidadoras y la gestión de las estrategias de atención utilizadas al interior de sus grupos familiares.

“Me los llevo ahí a la salita o sino al hospital. Bueno me fijo, si tienen fiebre les doy un poquito de remedio para la fiebre y si veo que siguen con fiebre o algo, los llevo al hospital porque algo les debe estar incubando” (Ana, 51 años).

Las MSC entrevistadas que conviven con sus hijos/as, se encuentran al cuidado de ellos/as y de su salud. Ellas realizan hipótesis diagnósticas y evalúan los distintos tipos de intervenciones necesarias respecto de los riesgos según la sintomatología que observan. A su vez, en la elección de las diferentes estrategias de atención, delimitan a los/as interlocutores/as válidos/as según la gravedad de la situación. Se observó que en la mayoría de los casos son los/as profesionales de la salud, en particular los/as médicos/as.

“Yo le doy un preventivo de asma, a cada horario toma el salbutamol, el PAF y todo eso [...] Cuando a mi hija le agarra fiebre o algo de eso, yo con la poca edad que tengo, yo ya lo sé manejar. Yo creo que hay que darle, le doy, yo conozco más que nadie a mi hija. Bueno ahora me está costando despegarme un poco de ella. Me pasa que yo sufro un montón, estoy a cada rato, quién la está cuidado (señala el teléfono y realiza gesto de mandar mensaje de texto). Pero no es por desconfiar, es porque yo no estoy segura de que mi hija se quede con cualquiera. Yo sé que si mi hija corre mucho ya empieza a agitarse, y si se agarra así las costillas es porque le está faltando el aire. Sé que si le empieza a sangrar la nariz o hace pis con sangre, es porque le están fallando los glóbulos rojos y hay que ir sí o sí al hospital. Son todas cosas que una mamá nada más las sabe” (Jazmín, 23 años).

En las gestiones de los cuidados de su hija, se observa que Jazmín utiliza estrategias de autoatención que se apoyan fuertemente en el modelo biomédico. Esto se encuentra relacionado en gran medida con el *proceso de expertización* producto del padecimiento crónico respiratorio de su hija. No obstante, a pesar de su confianza en los

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

profesionales médicos/as del hospital porteño en el que se atiende su hija, para Jazmín, su saber supera los enunciados de la biomedicina. Esto se presenta como amenaza frente a un discurso, que en las sociedades occidentalizadas, se presenta único, universal y hegemónico (Menéndez, 2009). En este contexto, los otros saberes se ven deslegitimados y considerados “legos” o “profanos”.

Entonces, frente a estas actividades de cuidado de la salud que son asumidas –y asignadas- por las MSC sería pertinente “lograr que las mujeres sean consideradas expertas y no meras mediadoras en su función como cuidadoras” (Esteban, 2003, p. 10). Esto implica revalorizar no sólo el conocimiento, sino también las prácticas y destrezas adquiridas en las trayectorias de cuidado.

Este lugar de experta también, según Jazmín, sería consecuencia directa de la maternidad. En este sentido, la maternidad es tomada en términos universales, implicando cualidades intrínsecas a las mujeres que son madres respecto del cuidado de la salud de sus hijos/as. Esta concepción responde a un proceso de naturalización de los cuidados femeninos (Esteban, 2003).

El cuidado de la salud de otros, no se circunscribe únicamente a la experiencia de la maternidad, sino que también se extiende a otros miembros de la familia que experimenten alguna afección. Susana relata cómo gestiona las estrategias de atención y cuidado para su pareja, quien según ella:

“Está muy enfermo, muy adicto a la pasta base [...] Yo cuido de la salud de mi pareja. Le llevo la comidita y le compré los frasquitos para que se haga los análisis. Saqué los turnos en el Hospital Moyano, para infecciones. Le llevo la comida. Le llevo la leche. Pero le tengo que dar de comer en la boca. Era muy lindo cuando lo conocí y ahora está destruido. Y lo quiero ayudar” (Susana, 41 años).

Este rol no es asumido únicamente durante la situación de calle, sino que a lo largo de sus trayectorias de vida, las mujeres entrevistadas también estuvieron a cargo de los cuidados de familiares. En este aspecto, se destacan otros estudios que trabajan la invisibilización general de las prácticas de cuidado que realizan las mujeres. Esto se debe a tres factores: que se desarrollan en ámbito “privado”, que no son consideradas un trabajo, y, como se mencionó anteriormente, la naturalización de los cuidados como actividad atribuible a las mujeres (Esteban, 2003). Esta invisibilización se basa en la creencia esencialista que supone que por el hecho de ser mujer poseen saberes y destrezas específicas respecto del cuidado de la salud.

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

8.4.2 Cuidadoras descuidadas

Como fue trabajado en el apartado anterior, todas las mujeres entrevistadas han realizado, a lo largo de sus vidas, actividades de cuidado de la salud en sus grupos familiares, ocupando un rol central en las gestiones de las estrategias de atención. Contrariamente, la mayoría de las entrevistadas expresó que nadie cuida de ellas.

Ahora bien, se registraron varias experiencias de autocuidado que fueron expuestas, pero también se observaron algunos descuidos en relación a su salud:

“No puedo correr, no puedo fumar, y yo lo sigo haciendo. Estando en la calle, olvidate” (Romina, 27 años).

En el caso de Romina, que presenta problemas respiratorios crónicos, fumar constituye un hábito que tiene un costo muy alto para su salud. Otras entrevistadas también manifestaron su dependencia al tabaco:

“Yo tengo que dejar, es lo único vicio que tengo” (Ana, 51 años).

“Ojalá pudiera dejar hasta el cigarrillo. Pero es lo que me mantiene. Para calmar un poco la ansiedad” (Susana, 41 años).

Del mismo modo, se observaron algunos descuidos en relación a los controles ginecológicos de salud:

“Tengo el DIU, pero yo me lo tengo que sacar, hace 8 meses me lo tenía que sacar” (Jazmín, 22 años).

Estos corresponden a prácticas biomédicas ligadas con los cuidados ginecológicos y sexuales. En América Latina, se ha observado una larga tradición en basar políticas de planificación familiar en las actividades de las mujeres (Menéndez, 2009). En el caso de las MSC, se ha registrado que postergan estas prácticas, y tienen muy baja adherencia, en la medida que no las consideran tan prioritarias como otras que involucran a sus hijos/as:

“Como le decía hoy a una chica: ‘¿para qué un médico si yo estoy bien?’ ¿No? Yo cuando me siento enferma recién recorro a los médicos. Para mí. Para los chicos, sí, enseguida. Para mí es mejor estar con mi familia que internada en un hospital” (Carla, 35 años).

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Esta tensión entre *cuidadoras* – *descuidadas*, abre algunos interrogantes: ¿cómo se inscriben los descuidos en el contexto de exclusión social y en relación al género? En primer lugar se ubica al cuidado como mandato/deber hacer/normalizador en relación a la maternidad. Por otro se observa, que las formas de atención biomédicas en el caso de problemas presentados por las mujeres –que no poseen una dolencia crónica- quedan relegadas a situaciones más extremas, omitiendo varias prácticas preventivas promovidas por este modelo.

8.4.3 Otros devenires del cuidado

Las formas de cuidado instituidas por la biomedicina parecerían no ser muy significativas para las MSC. En cambio, lo que les gustaría hacer para cuidarse mejor se encuentra asociado a: “*estudiar*” apareció en la mayoría de las entrevistadas como primera respuesta, y luego “*tener mi lugar*”, “*ser vegetariana*”, “*hacer gimnasia*”. Estas actividades se encuentran ligadas con prácticas de autonomía y una concepción integral del derecho a la salud que se desarrollará en el próximo capítulo.

9. CIUDADANÍA Y PROYECTOS DE VIDA

La situación de calle plantea una ciudadanía restringida con diversos procesos de vulneración de derechos. Sin embargo, las MSC han encontrado formas de restituir algunos de sus derechos y en ese sentido cabe preguntarse: ¿cómo se inscriben sus deseos y proyectos de vida en este contexto?

9.1. Procesos de vulneración y restitución de derechos

Las vulneraciones en el contexto de calle son múltiples: educación, vivienda digna, trabajo, salud y acceso distintos servicios. La situación de calle se presenta como obstáculo para el ejercicio de los derechos, se trata de una ciudadanía restringida. Se desarrollarán a continuación algunas de estas situaciones tomando en cuenta la frecuencia en la que aparecen en las entrevistas y el impacto que han tenido en la vida de las MSC.

9.1.1 La vulneración más crítica

La separación de las MSC de sus hijos/as insiste dramáticamente en los relatos. En algunos casos aparece como temor, y en otros como experiencia vivida. En ocasiones son circunstancias coyunturales que llevaron a la separación y en otras a intervenciones directas del Estado. Sin embargo, lo que el conjunto de las mujeres entrevistadas tiene en común es el sentimiento de dolor e impotencia que asocian a esta situación.

9.1.1.1 Desde la otra vereda

“Me los sacó mi papá” comienza Romina explicando por qué no se encuentra con sus hijos. Las circunstancias y los motivos en los cuales ocurrió este hecho son confusos y atravesados por reiteradas situaciones de violencia por parte de su padre hacia ella.

“Sí, me está volviendo loca. De donde estoy parando, mi viejo está enfrente. Y los veo a mis hijos de un momento al otro. Y no los puedo ver, y me escondo atrás de un auto para que no me vean porque si no se cruza el bebé. Todo por la novia de mi papá” (Romina, 27 años).

“A mí, mi cabeza está todo el tiempo de cómo están mis hijos, no sé nada, si están llorando. Y mirarlos de una vereda a otra y decir: ‘¡Dame mis hijos!’ Más a mi hija se va a la mi... La veo de una vereda a otra. La ves que está creciendo y decís ‘paaa ya tiene el guardapolvo’. Tiene que ir al jardín y yo acá parada” (Romina, 27 años).

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Esta cercanía-distante que mantiene con sus hijos es el principal padecimiento de Romina, quien prefiere que queden al cuidado de su padre, frente al fantasma que sean enviados a un Hogar.

1.1.2 La intervención del Estado: la policía de las madres

El ejercicio de la maternidad “en la calle” necesariamente es diferente al habitual. La problemática de la situación de calle está presente como naturalización del paisaje cotidiano. Es un cotidiano particular, con un alto grado de exposición, en el que las acciones de crianza se realizan en el espacio público. Esta exposición, sumado a la precariedad material, genera algunos temores respecto a la intervención del Estado:

“Yo me callo, porque si yo lo digo en un juzgado mis hijos van a un Hogar. Y yo, ¿cómo los recupero estando en la calle? ¿A dónde los llevo si yo no tengo el subsidio habitacional, no tengo nada, no laburo?” (Romina, 27 años).

En esta situación, se observa la creencia de que, frente a situaciones adversas y por no contar con recursos económicos suficientes, el Estado dispondría de separar a los/as niños/as de sus familias y trasladarlos/as al cuidado de un Hogar. “*Que te saquen a los hijos*” parecería ser una de las consecuencias más dolorosas de la situación de calle. El momento más crítico de estas trayectorias.

“Y eso que nos decían: ‘ojo con los chicos, ojo que les van a sacar los chicos’. Todo el mundo lo dice. Y yo decía: ‘¿cómo me van a sacar a mis hijos si son míos?’” (Gisel, 29 años).

En este relato estarían operando distintos miedos que son tomadas como impensables. En otras ocasiones, estas escenas temidas, se tornan una realidad:

“Le sacaron los hijos en la calle y está con cuarenta kilos. No tiene dedos de tanta pasta base. Y está volcada, matándose. Ya le sacaron a los tres chiquitos de 3 años, 11 años y recién nacido” (Susana, 41 años).

La separación de sus hijos por intervención del Estado se suele asociar a “Medidas de protección especial de derechos” (Ley 114 CABA). Estas implican, en los casos mencionados, la separación de los/as niños/as y adolescentes de sus familias en tanto se considera que sus derechos se encuentran vulnerados, violados o amenazados. Según la

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

legislación que la fundamenta, tiene como finalidad “la conservación o recuperación por parte del sujeto del ejercicio y goce de sus derechos vulnerados y la reparación de sus consecuencias”. Si bien estas acciones se presentan en situaciones complejas, involucrando diversos actores sociales, en la presente investigación, se analiza cómo fue la experiencia según la perspectiva de las mujeres que atravesaron este tipo de intervenciones, sin desconocer la posibilidad de otros análisis y puntos de vista.

En el caso de Evangelina, estuvo alrededor de tres años pernoctando en la calle junto a sus hijos, período en el cual realizaba un consumo abusivo de sustancias psicoactivas:

“Dejé (el Paco) cuando me avisaron que me iban a mandar a un hotel. Me quise internar pero al final no me interné. Me sacaron los nenes, los mandaron a provincia. Hice el ambulatorio y entregué los papeles todo y me los volvieron a dar” (Evangelina 35 años).

Durante un año y medio, Evangelina estuvo separada de sus hijos mientras realizaba un tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. En ese momento ella se fue a vivir con su madre, mientras que sus hijos se encontraban en otra localidad en casa de su cuñada. Luego de que fue “*dada de alta*” y realizó diversas gestiones, se reunió nuevamente con sus hijos y regresó a CABA, donde desde hace un año que se encuentra, nuevamente, en situación de calle.

En el entrecruzamiento entre maternidad y situación de calle, se suspenden las garantías del estado, y junto a ellas, los derechos de las mujeres. No obstante, se espera el cumplimiento de obligaciones por parte de las mujeres, aún en circunstancias adversas. Es en este escenario de vulneraciones múltiples, en el que surgen discursos que sostienen procesos de culpabilización.

La reticencia que tienen muchas MSC a solicitar asistencia al Estado, se encuentra impregnada de muchos temores asociados a este tipo de intervenciones. En algunos casos, también, se encuentra relacionada con distintos imaginarios sociales respecto del rol de los/as Trabajadores/as Sociales, que tienen un anclaje en la historia de las intervenciones sociales en las familias pobres. En ese aspecto, la intervención funciona como castigo frente a factores anormales detectados mediante la vigilancia permanente por parte de las sociedades de control (Donzelot, 1998). Estas son formas en las que opera el control social sobre las MSC por parte del Estado que en estos relatos aparece como “policía de las madres”.

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

9.1.2 Exigibilidad de derechos

9.1.2.1 Algunas restituciones posibles en situaciones críticas

Ana describe la situación de una de sus hijas de 20 años. En este caso intervinieron organismos del GCBA, tomando una “Medida de Protección Especial” de su nieta, debido a que la madre de la niña se encontraba en situación de calle y es *“adicta al Paco”*:

“Ahora a una de mis hijas le quitaron la nena. La voy a retirar yo, estamos haciendo para que vaya a un centro de rehabilitación mi hija y para que me puedan dar la nena a mí” (Ana, 51 años).

La niña actualmente se encuentra en un Hogar y Ana está realizando trámites para hacerse cargo de ella, como lo hace con su hermano desde hace 4 años. Para ello, está realizando gestiones en diferentes instituciones: la Defensoría de niños, niñas y adolescentes, y el Hogar donde se encuentra su nieta. Esto le insume mucho tiempo, dinero, y frustraciones. Está recibiendo ayuda de una ONG, ya que esta situación se presenta compleja y con una carga emocional muy grande para ella.

“Ellas me acompañan a mí. Yo no sé ni leer ni escribir. Solamente firmar sé. Y bueno ellos me acompañan y como saben hablar mejor, me acompañan y me ayudan” (Ana 51 años).

Ana, apoyada en esta ONG, en sus hijos/as, una amiga y en la iglesia, expresa que también acompaña a su hija a las distintas instituciones *“donde debe presentarse”*. Asimismo, se encuentra intentando ayudar a su hija a *“salir de la droga”* utilizando como estrategia mantenerla en su casa la mayor cantidad de tiempo posible:

“Cuando está en mi casa no se droga. Solamente en la calle... Ella cuando tiene ganas de drogarse se va” (Ana, 51 años).

La problemática del consumo en relación a la maternidad y la situación de calle, según el relato de las MSC se aborda desde el Estado en términos individuales presentando un antagonismo entre los derechos de la mujeres que son madres, y los derechos de los/as niños/as. En los casos mencionados, parecerían cobrar mayor relevancia los derechos de los/as niños/as por sobre los de las mujeres. Esta interpretación da cuenta de una visión

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

reduccionista y fragmentada de los derechos, que se sustenta en paradigmas tutelares en relación a la niñez.

En efecto, el Estado operando bajo estas lógicas de tutela interviene en las formas de crianza de los niños/as frente a lo que evalúa cómo “negligencias”- “descuidos” de sus madres. Estos *procesos de culpabilización* de las mujeres que son madres en el contexto de la calle, tienen como resultado la decisión de separar a los/as niños/as de sus familias. Este accionar no solo vulnera los derechos de las mujeres, sino también los de los niños/as. Se ejerce una “Medida de protección especial” para una sola de las personas involucradas. ¿Por qué la intervención es separar, y no generar otras condiciones para que la madre o esa familia pueda afrontar la crianza?

En este contexto, se observa cómo a pesar de contar con escasos recursos simbólicos y económicos, Ana ha podido tejer distintas redes y desplegar estrategias para iniciar procesos de restitución de los derechos vulnerados de su hija y su nieta.

9.1.2.2 Ampliación de Ciudadanía

El derecho a la vivienda propia se presenta en la CABA como una retórica discursiva, en tanto no existe la creación de viviendas sociales por parte del Instituto de la Vivienda de la Ciudad (IVC) que den abasto con la demanda existente; y para las MSC obtener un crédito hipotecario parecería ser imposible. La opción que se presenta desde las políticas sociales en la CABA, es la tramitación de un Subsidio Habitacional (que se otorga por 10 meses como máximo). Una vez que se han cobrado todas las cuotas, no puede ser renovable, y la única alternativa es la tramitación de un Amparo. Susana emprendió las gestiones para exigirle al Estado que le otorgue el subsidio:

“Con 1800 que me va a dar el juez. Porque me lo va a dar. Con la enfermedad, con todo. Porque tengo una fe que me lo va a dar” (Susana, 41 años).

María también expresa que *“ahora la lucha es por el amparo”* para poder afrontar el pago del alquiler de una habitación. También se encuentra tramitando su jubilación que se vio demorada por no tener documento:

“Ahora estoy haciendo la jubilación. Que también me jodieron. Hace cuatro años que tendría que estar cobrando. Pasaron muchas cosas. Con el documento también. Con el documento por ejemplo, a mí me demoraron más de un año, como que yo no existía. Lo necesitaba justamente para hacer la jubilación” (María, 64 años).

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Respecto a la vulneración de su derecho a la identidad y contar con su documento, María relata que cansada de las “*idas y vueltas*” que le daban en las oficinas del Estado, decidió acercarse a una agrupación política durante época de elecciones y de ese modo consiguió que realizaran el trámite rápidamente.

Las situaciones de *exigibilidad* del derecho a la vivienda que se retrataron, se encuentran relacionadas en gran medida, con poder restituir su derecho a la salud. Tanto María como Susana presentan padecimientos crónicos, en los que las condiciones de vida tienen gran impacto.

En consecuencia, se visibiliza en los relatos una concepción integral de salud, que da cuenta de cómo el derecho a la salud se vincula con derecho a la vivienda, educación, trabajo, entre otros. Poder exigir estas restituciones al Estado implica el desarrollo de recorridos singulares y colectivos por parte de las MSC, haciendo una utilización de los recursos disponibles y generando nuevas redes.

Las MSC emprenden acciones transformadoras en las que despliegan *estrategias de resistencia a la opresión*. De ahí que estos procesos de exigibilidad de derechos constituyen prácticas de ciudadanía, entendida como una construcción de carácter relacional y dinámico (Pecheny, 2009; Litichever, 2009). Más aún, en algunos casos, han podido crear las condiciones para comenzar a esbozar proyectos de vida que permitan una ciudadanía más ampliada.

9.2. *Proyectos, deseos y ciudadanía*

El pasado ha dejado múltiples cicatrices y el presente se manifiesta en un escenario complejo, atravesado por múltiples problemáticas. Sin embargo, el futuro aparece lleno de proyectos alejados de la calle.

9.2.1 **Maternidades en tensión**

Las MSC bosquejan futuros en los que sus hijos tienen un lugar central y un mejor porvenir:

“Con mis hijos, con mis hijos y mi pareja re tranquila, nada más” (Romina, 27 años).

“Yo quiero tener mi casa. Quiero estar con todos mis hijos. Que no se droguen, nada. Yo quiero tener mi casa y tener mis hijos. No importa que ellos vivan en otro

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

lado, pero tenerlos cerca. Que yo los pueda ver. Ellos me van a ver y así. Tener mi casa” (Ana, 51 años).

La maternidad aparece significativamente en los relatos como proyecto de vida. En lo que concierne a este tipo de proyectos, se destaca cómo “las mujeres de sectores populares dan sentido a su vida a partir de la actualización del ser madres, esposas y dueñas de casa” (Zaldúa & Pawlowicz, 2005).

“Para que los chicos el día de mañana, me gustaría que los chicos no tengan que pasar por lo que yo pasé. Creo que todos los padres pensamos lo mismo” (Gisel, 29 años).

Un futuro “más próspero” para los hijos/as insiste en la mayoría de las entrevistas. Sin embargo, las cuestiones concernientes a la maternidad no parecerían ser el único destino que interesa a las MSC:

“Tener mi casa, ser periodista deportiva” (Jazmín, 23 años).

“Trabajar. Terminar el secundario” (Evangelina, 35 años).

“Estudiar abogacía” (Carla, 35 años)

Algunos estudios, reflejan el lugar que la maternidad ha ocupado en relación a formas de subjetivarse y la posibilidad de proyectar en las futuras generaciones mejores condiciones de vida. A su vez, un dato que resulta pertinente introducir al análisis, es que en la mayoría de los casos, las MSC atravesaron su primera experiencia de maternidad durante su adolescencia. En este sentido se destaca cómo los embarazos tempranos son expresiones de las inequidades sociales y se presentan como obstáculo para la superación de la situación de pobreza y la integración al mercado del trabajo (Observatorio de Igualdad de Género ALyC, 2014).

Por el contrario, en la actualidad estas mujeres son capaces de diagramar otros proyectos que no se anclan solamente en la maternidad, sino que actualizan dimensiones deseantes que amplían los procesos subjetivantes y desafían a los entramados de poder sexista que sostienen el constructo mujer-madre. Esto implica la posibilidad de proyectos basados en la autonomía y ciudadanía plena, construyendo trayectorias propias desde una subjetividad femenina no esencialista (Zaldúa & Pawlowicz, 2005).

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

9.2.2 Un techo, ¿lo demás viene solo?

El deseo de tener un techo aparece en todas las entrevistas, en algunos casos casi como utopía. Pese a la posibilidad efectiva que se concrete este anhelo, las MSC plantean cómo las afectaría poder tener una mayor estabilidad habitacional:

“Yo siempre pongo la casa. Tener mi casita, y bueno la salud bien. Cocinarme lo que yo quiero comer, lo sano. Y también poder recuperar volver a ir a la iglesia. Porque me gusta mucho y es lo que me ayuda a mí a sostenerme. Y el estudio, que yo iba antes, que me hace muy feliz y me gusta mucho” (María, 64 años).

No tener un lugar seguro para el pernocte trae distintos malestares que podrían ser evitables:

“Me gustaría estar en mi pieza. Me gustaría estar en mi habitación y descansar un poco. Estoy estresada, contracturada” (Susana, 41 años)

¿Será como plantea María “un techo, lo demás ya viene solo”? Si bien se ha destacado que la situación de calle no se reduce a la problemática habitacional, esta es una dimensión fundamental para poder poner en tensión los procesos de ciudadanía restringida que configura la situación de exclusión social. Tener asegurada la situación habitacional crea condiciones de posibilidad para poder hacer desarrollar otras actividades y no depender del Estado o de la voluntad de otros.

9.2.3 El deseo de estudiar

El estudio aparece insistentemente en los relatos de las MSC asociado a una forma cuidado de la salud y también en relación a las motivaciones y deseos:

“Quiero vivir una vida normal. Estar bien. Vivir una vida normal. Laburar. Tengo esperanzas de trabajar. [...] Hice catorce cursos. Tengo diploma de todo y no me aceptan por enfermedad y por tatuajes y porque no tengo currículum todavía. Y porque no me dediqué a buscarlo completamente. Y porque estoy en esta situación. Pero sí, me gustaría. Me gustaría estudiar. Tengo estudio de enfermería, capacitación de cocina, panadería. De todo un poco. Un poco de inglés, guitarra, computación. Y ahora estoy haciendo costura y me anoté en otro curso de

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

ayudante de cocina. [...] Porque estando en la calle sigo estudiando” (Susana, 41 años).

La posibilidad de estudiar, posiciona a las MSC como sujetas activas. Se define como un fin en sí mismo, en tanto las mujeres lo asocian al placer y al desarrollo personal, teniendo un impacto positivo en su auto-percepción. También, las ubica de diferente forma frente a una sociedad que las margina y oprime. Presenta posibilidades de agenciamientos de herramientas para la toma de las decisiones, ampliando los universos de posibilidad y genera otros devenires posibles.

9.2.4 Decidir sobre el propio cuerpo

9.2.4.1 Poder, salud y alimentación

A María y Susana, ambas con enfermedades crónicas que requieren de una dieta especial, les gustaría cambiar sus prácticas alimenticias, pero se ven imposibilitadas ya que dependen de los comedores del circuito de calle para satisfacerse.

“Quisiera hacer gimnasia pero no tengo casa. Nada más para dejar de caminar y hacer una gimnasia para la salud” (María, 64 años).

La alimentación se encuentra estrechamente relacionada con el p/s/e/a/c, en el que intervienen procesos de hegemonía/subalternidad. Constituye un dispositivo de poder sobre el cuerpo. Las prácticas de alimentación saludable y consciente - con el objetivo de tener una mejor calidad de vida-, parecerían enmarcarse en discursos hegemónicos provenientes de otros contextos sociales. Sin embargo, resulta interesante visibilizar, cómo a través de la apropiación del discurso biomédico en los procesos de expertización, las MSC han podido acceder simbólicamente a otras prácticas y concepciones del cuidado de la salud:

“Me gustaría volverme vegetariana por el tema de la diabetes y no perder la vista” (Susana, 41 años).

No se trata sólo de una apropiación del saber médico, sino también una conciencia corporal y los efectos que los alimentos tienen. Aún en situación de calle, contando con escasos recursos económicos, comiendo en comedores del *circuito*, las MSC se las ingenian para sostener una alimentación de acuerdo a sus deseos y necesidades.

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

En estas prácticas se observa la tensión entre las dimensiones de autonomía-heteronomía, en la que operan procesos de subjetivación, que relacionan algunos proyectos emancipatorios en materia de alimentación.

9.2.4.2 Deseos no reproductivos

Previamente se trabajaron distintos aspectos en relación a los proyectos de vida en relación a la maternidad. No obstante, el deseo de *no ser madre* también apareció como aspiración:

“No quiero tener más chicos. Este es ya el sexto embarazo que tengo” (Carla, 35 años).

Este enunciado implica situarse en escenarios que pongan en despliegue la autonomía de las mujeres en relación a las decisiones acerca de su cuerpo, y tiene como meta maternidades no obligatorias. El contexto actual de la Argentina se presenta muy distante de esos horizontes. La situación de las mujeres se caracteriza por la vulneración de derechos sexuales y (no) reproductivos (Brown, 2014), en los que se encuentra incluida la ilegalidad de la interrupción voluntaria del embarazo.

El cuerpo de las mujeres ha sido históricamente objeto de controversia y debate, en particular el de las mujeres pobres. Poder decidir sobre él implica una ruptura con los discursos opresores y paternalistas. En este aspecto, la noción de la autonomía corporal se encuentra ligada a una *ciudadanía del cuerpo* y una *ciudadanía sexual* (Pecheny; 2009).

En conclusión, los derechos y p/s/a/c se articulan en distintos dispositivos de poder que se observan en prácticas de autonomía de los cuerpos sanos, padecientes, sexuados y deseantes. Al respecto, la autonomía del cuerpo es “concebida como relacional - en cuanto condición diferencial del ejercicio de derechos (específicos a la salud o a la sexualidad, y el conjunto de derechos ciudadanos)” (Pecheny, 2009, p. 1). En ese aspecto el p/s/e/a/c pone en despliegue relaciones sociales de subordinación, formas de autonomía y una construcción particular del cuerpo.

9.3. Tensión entre autonomía y las políticas sociales

Gisel, tiene distintos anhelos para el futuro que incluyen un mejor porvenir para sus hijos, la posibilidad de retomar el estudio, pero considera que para eso es central poder ser independiente económicamente:

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

“En una casa. En una casa, o un depto. Sin pagar un alquiler o pagando algo que va a ser mío el día de mañana. Tener un negocio. Porque es lo único que te da independencia real, económica. Y no un trabajo que siempre va a ser para alguien más. Y para eso hay que capacitarse. Sino no va para atrás, ni para adelante”
(Gisel, 29 años).

Tener una casa, estudiar, trabajar, salud, tener independencia económica y real.
¿Cómo a pesar de las problemáticas que han padecido tienen la posibilidad de imaginarse un *futuro mejor*? ¿Es acaso necesario situarse en un mañana más prometedor cuando el presente se encuentra arrasado? A pesar de haber atravesado situaciones de mucho sufrimiento, han podido desarrollar distintas fortalezas, que les permiten poder diagramar proyectos que contemplen la restitución de sus derechos.

Cabe preguntarse, frente a este posicionamiento de las MSC, ¿qué respuestas se otorgan desde el Estado para acompañar estos procesos? Se ha observado, que las prestaciones sociales destinadas a la situación de calle, parecerían desconocer estas prácticas de autonomía. Por el contrario posicionan a las MSC pasivamente como receptoras de dinero, comida, y otros servicios. Es decir, se trata de promover “beneficios” en vez de “derechos”. A su vez, se destaca que las políticas sociales no están orientadas a actuar respecto a las dimensiones que crean condiciones para el acercamiento a la situación de calle, sino en sus efectos (Llobet, 2007; Litichever, 2009).

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

10. TRAYECTORIAS DE SALUD Y RESISTENCIA

En los capítulos anteriores se han trabajado los resultados en núcleos temáticos desde una lógica transversal. En este apartado trabaja aspectos desde una lógica singular (Kornblit, 2007; Lenta, 2013), y tiene como objetivo sintetizar y trazar algunas relaciones posibles a partir de las categorías desarrolladas. Esta síntesis no pretende presentarse como totalidad, sino como un cartografiado posible a través de las trayectorias de atención y cuidado de la salud. A continuación, se desarrollan las trayectorias de Susana y Gisel. Estos casos fueron seleccionados por presentar un material rico para el despliegue del análisis, y también por los aspectos diferenciales entre las trayectorias.

Con el objetivo de retomar lo desarrollado en el capítulo 9, acerca de los modos de atención de las MSC, se abordan las dimensiones de los *itinerarios terapéuticos* distinguiendo: a- momentos de desarrollo del padecimiento; b- significados que otorgan las mujeres al padecimiento y a las prácticas realizadas; c- recursos individuales, simbólicos y culturales (Alves, 1999; Kleinman & Csordas, 1996). Al respecto, también se consideran las características del padecimiento, en tanto se trata de una experiencia eventual, crítica (Fateful Moment) o una dolencia crónica (Pecheny, 2009).

Estos itinerarios se inscriben de manera particular en las biografías de las mujeres en tanto *índices*, que marcan la experiencia y *puntos de viraje*, o en palabras de Denzin (2001) *epifanías*. Estos son momentos de inflexión, es decir situaciones que han se presentan en el relato “como una encrucijada a partir de la cual el itinerario biográfico de la persona tomó un rumbo distinto o inició una nueva etapa” (Kornblit, 2007, p. 22).

Teniendo en consideración lo expresado, y siguiendo lo planteado por Berteaux (1989) se pueden distinguir tres dimensiones que se entrecruzan en los relatos: la *realidad psíquica*, aludiendo al contenido semántico, los sentidos y las relaciones intersubjetivas; la *realidad discursiva* del relato tal cómo se produce en la entrevista; y la *realidad socio-histórica*. El contexto socio-histórico es comprendido desde una perspectiva dialéctica, en tanto si bien crea condiciones de posibilidad para determinadas relaciones sociales, prácticas y significados, no se encuentran totalmente estructuradas por este (Kornblit, 2007; Berteaux 2005).

El conjunto de dimensiones - socio-económicas, políticas, género, poder, deseantes, colectivas - que atraviesan las trayectorias de las MSC, devienen *texto* en sus relatos y se transforman en un acontecimiento singular (Fernández, 2007; Deleuze & Guattari, 2000). Algunas de estas, actúan facilitando o obstaculizando la resolución de los padecimientos y el despliegue de prácticas de ciudadanía (Pecheny, 2009).

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

10.1 Trayectoria de Gisel

La historia de vida de Gisel se desarrolla en un contexto socio-económico de clase media trabajadora, en la que pudo tener acceso a una casa donde vivir, educación, salud, y empleo formal. Por cuestiones económicas y posibilidades laborales de su padre, en su adolescencia se muda junto a su familia a Paraguay. Esta situación se enmarca durante el proceso de crisis neoliberal de los años '90 en Argentina, que tuvo su expresión extrema en Argentina a fines del 2001. Durante ese período hubo una gran afluencia de argentinos, que frente al desempleo masivo buscaron oportunidades laborales en el exterior. Luego de algunos años regresó al país pero expresa que su familia tuvo que vender su vivienda y ahora debían alquilar.

Gisel se desempeña como cuidadora desde temprana edad, ya que desde que tenía seis años la enfermedad de su madre la acompaña y aparece como un continuo y progresivo deterioro hasta su muerte:

“Empezó con un cáncer de cuello de útero, y pasó por todos lados. Y terminó con el esternón. Fue justo con el tema del brote de la Gripe A. Falleció justo en ese momento. Pero, tiró hasta donde ella pudo. Las dos últimas quimio no se las quiso hacer. Me comentó que estaba muy cansada, que yo no sabía lo que era pasar por todo eso. Que ella había vivido hasta ahí, por el nene y por mí. Así que fue su decisión. Y ella tiró un poco la toalla. Había que... Ya está. Acompañarla a ella. Murió en mis manos. Pero bien. La recuerdo con toda la alegría siempre. Una mujer que se reía siempre” (Gisel, 29 años).

En el último período de su enfermedad, Gisel tuvo que dejar sus estudios de la carrera de Enfermería, que luego no pudo retomar, y también abandonar su trabajo debido a la demanda de las tareas de cuidado a su madre. En este punto se destaca la naturalización de las tareas de cuidado en relación al género, siendo Gisel la única mujer entre sus hermanos. A su vez se observa la sobrecarga en términos emocionales y, también, económicos (Esteban, 2003).

La muerte de su madre, constituyó un momento de clivaje en su historia, marcando un “punto y aparte”, a partir del cual a Gisel, junto a su pareja y sus dos hijos, les “tocó vivir en un montón de lados”: en una casa “de prestado”, en un colectivo, en un tren, en una plaza, afuera de un negocio, en un parador, en un hotel, en una pensión, en un local. Nunca pensó que le podría pasar “algo así” como quedarse sin lugar para vivir. Gisel explica cómo llegó a esta situación:

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

“En realidad fue que falleció mi mamá. Viene de larga data esto que mi mamá siempre vivió conmigo. Y mis hermanos estaban siempre al tire y afloje con mi mamá. Y mi mamá con sus hijos. Siempre hubo un choque. Y cuando falleció mi mamá fue un despiole. Porque yo vivía con mi ex pareja. Ellos tenían inconvenientes entre ellos. ‘Si ella se queda, él se va. Si él se va, me voy yo’ y todo así. Muy rápido. Y ahí fue también tener que parar en la casa de la hermana de él. En la casa de mi hermana. Que llegó un momento que primero está todo bien. Pero familias numerosas, llega un momento que empieza a incomodar. Y aunque una no quiera... Y eso que nosotros íbamos de noche, como para dormir nada más. Como para no molestar todo el día. Y fue un momento en que explotamos los dos y dijimos ‘basta, vamos a ver cómo nos arreglamos solos’. Fue duro, pero bue, acá estamos” (Gisel, 29 años).

La situación de calle, y los motivos que llevaron a ella están ligados a distintos sucesos, siendo la muerte de su madre uno de los desencadenantes, ya que dependía de ella económicamente. Sin embargo, ubica reiteradamente a su pareja en el centro de la escena de la calle.

Su experiencia en calle, que al momento de la entrevista la ubica en el pasado y la observa con cierta distancia. En su relato, esta experiencia es expresada en términos de padecimiento caracterizado por: *“sufrimiento”, “sentimientos de culpa”, “pánico”,* en la que hay muchas cosas que prefiere olvidar.

“Teníamos pánico de dormir en la calle. Yo tenía pánico de acostarme a dormir, y los chicos” (Gisel, 29 años).

En su momento de pernocte en la vía pública, Gisel desplegó un conjunto de redes y lazos sociales – dentro y fuera del circuito de asistencia a PSC- que funcionaron en términos de recursos de supervivencia y también posibilitaron su salida de la situación de calle. Estos recursos fueron el contacto con otras PSC, un vínculo con un farmacéutico que les dejaba dormir afuera de su negocio, el dueño de una mueblería que los ayudó económicamente, la iglesia, ONGs y dispositivos del GCBA.

Un hito importante en su trayectoria, fue el contacto que entabló con una Trabajadora Social (TS) de un programa del GCBA, quien la ayudó a ingresar a un parador junto con su familia, y luego en las gestiones del subsidio habitacional. Este encuentro con esta trabajadora, con quien dos años después sigue teniendo contacto, generó una marca muy

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

significativa en su vida en tanto posibilitó que Gisel pueda empezar procesos de restitución de derechos vulnerados.

Al momento de la entrevista, se encuentra alquilando un local y a pesar que el lugar no reúne los requisitos básicos que ella esperaba en una vivienda (como tener cocina y gas), lo prefiere a vivir en un hotel. Ella está trabajando en una institución educativa del GCBA, y junto a sus dos hijos (de 8 y dos años) se están *“encaminando de a poco”*.

Concorre frecuentemente a Centros de Salud y Hospitales Pediátricos para realizarles controles y seguimientos a sus hijos, tanto de su salud física y mental. Sin embargo respecto a su salud se posiciona de otra manera:

“En general no estoy haciendo ni PAP ni Colpo. No estoy haciendo nada. Y tengo que hacerlo porque me dijeron que puede llegar a ser hereditario. Mi mamá falleció de cáncer, mi abuela falleció de cáncer, mi tía tiene cáncer. Mi abuelo por parte de mi papá, mi tío por parte de mi papá. La mayoría tienen el mismo problema. Así que los controles tienen que empezar desde ahora” (Gisel, 29 años).

Estos descuidos los asocia con la sobrecarga en su empleo y del trabajo que implica el cuidado de sus hijos. Gisel observa su experiencia en calle en forma retrospectiva y manifiesta que *“hay una cuestión de culpa, que me queda”* sobre todo respecto a sus hijos y las marcas que la calle puede haber dejado en ellos. Su preocupación se centra en su hijo más grande y se pregunta qué marcas le dejó la experiencia en calle. Como una forma compensatoria, intenta conectar a sus hijos con actividades que disfrutaran como karate y el festejo de los cumpleaños. Piensa que esas son formas de cuidarlos y *“mimarlos”*.

10.1.1 Cuidado, género y opresión

La biografía de Gisel, tal como fue señalado, no se corresponde con una trama de exclusión social como en otras MSC. Sin embargo, hay virajes en su trayectoria que la acercan a procesos de opresión y vulnerabilidad, principalmente respecto al género.

Ocupa un lugar central su rol como cuidadora de su madre y de sus hijos. A Gisel le gusta mucho, por eso había comenzado a estudiar la carrera de Enfermería. Ella se ubica en esta actividad desde la ternura, y de alguna forma siente que la subjetiva. Al mismo tiempo la restringe y limita, en tanto no le permite desplegar proyectos propios. Se observa que este rol de cuidadora la hace relegar algunos cuidados propios. En ese punto, para ella el estudio sería una forma de cuidarse, que se vio postergada por la enfermedad de su madre, y ahora por las demandas que asume en su rol de jefa de hogar.

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Un punto a considerar, que se distingue de las otras MSC, es respecto a sus trayectorias institucionales. Estos recorridos han sido realizados en forma estratégica en relación a los dispositivos de asistencia del GCBA destinados a MSC. Se observa el efecto positivo de las políticas públicas en el proceso de resolución de la situación de calle. La efectividad del circuito asistencial que proponen los programas estatales cobra una dimensión y apreciación diferente en el caso de Gisel, posibilitando su “salida” de la calle.

En este aspecto se destacan dos cuestiones a considerar: la primera en relación al carácter implicado y reflexivo de la TS del GCBA que facilitó muchas gestiones institucionales, y también vehiculizó mediante contactos personales, una posibilidad concreta de empleo para Gisel. La segunda, es referida al abordaje institucional de los programas del GCBA. Estos dispositivos de asistencia como Paradores y el Subsidio habitacional, se presentan como “ayuda” transitoria frente a la situación de calle, definida en términos de “emergencia habitacional”. En ese aspecto, se despliega el interrogante si la efectividad de este abordaje, estuvo relacionada con que la situación de Gisel se encuadraba dentro de esta definición de la problemática.

Sus itinerarios para intentar resolver sus padecimientos o los de su familia, se caracterizan por el despliegue de estrategias biomédicas. También hay prácticas de autoatención ligadas a la automedicación, y otros saberes aprendidos de la tradición biomédica.

Respecto a los recursos implementados se observa que cuenta con grandes capitales simbólicos y culturales, redes institucionales y lazos sociales. Esta riqueza de recursos, funcionó como facilitador para resolver sus problemas de salud, y también a la hora de emprender el recorrido de “salida” de la calle. En este sentido, se destaca el papel positivo que tuvieron las relaciones sociales en su historia como propiciadoras de procesos de restitución de derechos.

Simultáneamente, también se destaca cómo algunos lazos establecidos funcionaron como obstáculo en diferentes momentos de su trayectoria, particularmente la relación con su pareja de ese momento. Por un lado estar con él funcionaba como un mecanismo de protección frente a los temores de ser mujer en la calle:

“Me ha tocado pelearme con él, y estar sola. ¿Y si me pasa algo? ¿Y si le pasa algo a los chicos?” (Gisel, 29 años).

No obstante esta relación también funcionaba en términos de opresión en tanto no le permitía salir de la situación de calle. Al respecto, Butler señala que en el encuentro con otros “no sólo somos constituidos, sino desposeídos por nuestras relaciones” (Butler 2002

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

apud Zaldúa, 2011, p. 306). Gisel expresa que pudo comenzar a “salir” de la calle cuando terminó la relación con su pareja:

“Me cansé porque era que si seguía con la persona que tenía al lado. Yo quería tirar para salir todo el tiempo, y la otra persona leía el diario. [...] Empezamos a andar mal. Yo mantuve mi postura en una habitación segura con los chicos. Y él dijo: ‘no’” (Gisel, 29 años).

La calle como territorio masculino desafía las subjetividades femeninas, en especial cuando operan estereotipos del género en relación a la indefensión de las mujeres. En este aspecto, el encuentro con la TS, en tanto mujer profesional, generó en Gisel un apuntalamiento subjetivo, que le permitió el despliegue de la autonomía en relación a la toma de decisiones de su devenir. Esto trajo la posibilidad de reconocimiento y de librarse de las opresiones de los mandatos patriarcales.

10.2. Trayectoria de Susana

La historia de Susana se caracteriza por vulneraciones de derechos, múltiples padecimientos, pérdidas y puntos de inflexión.

“Estoy en situación de calle porque perdí todo. Todo mi contacto familiar acá. Tenía a mi hija de seis años [...]. Yo estuve muchos años en la cárcel. Estuve 14 años. Tenía a mi hija de seis años y me la mataron y me la violaron. Hice justicia por mano propia y es cómo quedé en la calle. Tenía una casa para vivir y todo. Y me dieron la excarcelación. Me sacó gente de los medios. Me entrevistaron y me ayudaron a salir con 14 años. Del año 98, y salí ahora hace cuatro años. Y hace cuatro años que estoy con mi pareja. Y estoy con él en la calle. Estoy en la calle hace un montón de tiempo. Tuve que vender todo porque me pasó todo lo que me pasó con mi hija. Y quedé en situación de calle. Estoy cuidando coches, rebuscándomela, pero siempre estuve en la calle” (Susana, 41 años).

“Siempre estuve en la calle”, a pesar que este enunciado no se condice con la realidad socio-histórica, parece tomar una dimensión de realidad psíquica que relaciona con perderlo todo. Esto remite a un evento ocurrido hace aproximadamente 17 años que constituyó un punto de viraje en su historia: la violación y asesinato de su hija de seis años. Este fue un evento devastador y traumático, en tanto pérdida real y del anclaje subjetivo que

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

la ordenaba como mujer-madre. En ese momento, frente a la falta de respuesta del sistema judicial, mató a quien cometió el hecho. Fue acusada y se declaró culpable, por lo cual fue sentenciada a prisión.

La situación de violencia que vive su hija transcurre a mediados de la década de los '90, en la que los crímenes relacionados con el género no tenían la visibilidad, ni tampoco se contaba con los instrumentos legales para definirlos como tal. El tratamiento judicial, que no incluía la perspectiva de género funcionaba favoreciendo a los varones, aún aunque hubieran sido hallados culpables. A su vez, este periodo caracterizado por políticas neoliberales y la consolidación definitiva de la caída del Estado de Bienestar, implicaron lógicas de vaciamiento del Estado y la crisis de muchas de sus instituciones. En Argentina, a su vez, se caracterizó por diversas situaciones de corrupción a distintos niveles institucionales. Este espacio de corrupción y vacío institucional para dar respuesta a las demandas de la población, se sitúa la decisión de Susana de hacer "*Justicia por mano propia*".

Durante 14 años, padeció la situación de encierro con soledad y tristeza. En ese contexto, sufrió otras pérdidas: sus bienes materiales y el contacto con sus hijos y familiares. Su madre murió y ella quedó muy dolida porque no pudo despedirse. La situación de encierro le dejó varias marcas que se corporizan en sus tatuajes y aspecto de "*tumberita*", ocultando bajo su flequillo la cicatriz imborrable de muerte que lleva en su frente (un tatuaje que deja entrever con varios puntos).

La situación de encierro atravesada, se caracteriza en principio por un tratamiento diferencial que se otorga a las mujeres respecto de los varones en el Sistema Judicial Argentino. A su vez, la cárcel se presenta como un espacio de vulneración múltiple a los derechos, con pocas perspectivas de poder modificar el porvenir de las mujeres. La falta de políticas y programas efectivos de empleo y vivienda para personas que atravesaron situaciones de privación de la libertad, parecería dejar pocas alternativas a la hora del egreso de estas instituciones. La situación de aislamiento y desvinculación que propone la cárcel, sumado al estigma social que implica haber estado en una institución de estas características y las cicatrices corporales que no permiten escapatoria, la calle parecería ser un destino difícil de eludir.

Su salida de la cárcel, facilitada por figuras mediáticas, también ocurrió en un contexto de cambios legislativos y la incorporación de la perspectiva de género y vulnerabilidad en algunas sentencias judiciales.

Es la calle conoció a su pareja, varios años más joven que ella. Pernoctaban en vehículos abandonados, realizaban *changas*, y consumían abusivamente "*de todo*", refiriéndose a distintos tipo de sustancias psicoactivas: paco, marihuana, cocaína,

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

inyectables. Estas conductas son percibidas retrospectivamente por Susana como una forma de matarse.

Hace cuatro meses, sufrió una metrorragia, y fue llevada al hospital de urgencia ya que corría riesgo su vida:

“Tuve un aborto espontáneo. Me hicieron un legrado completo. Un evacuador completo. Estaba de tres meses y medio y no estaba consciente. No sabía que estaba embarazada [...] Cuando llegó el médico me di cuenta lo que me estaba pasando. Que estaba con una metrorragia. Empecé a largar coágulos de sangre y me internaron con un coma diabético. Me hicieron un legrado evacuador. Un raspado completo con anestesia general. Y como que me asusté. Estaba muy adicta a la pasta base. Pasta base, marihuana. Porque en la calle consumís de todo. Y estaba inyectándome” (Susana, 41 años).

Este constituye un segundo punto de inflexión en su relato, y expresa lo que la llevó a cambiar su modo de percibir la realidad:

“Todo lo malo que me pasó estando en la calle. Y seguir en la calle enferma. Mi aborto espontáneo porque después de perder un hijo, que me arrancaron la chica. Me la hicieron viajar de chica porque no era la hora, no vivió nada. Entonces es como que yo quería tener un hijo a esta edad. Y decir: ‘bueno, por lo menos tengo una compañía, alguien que me quiere de verdad’. Porque yo tengo a mi pareja, y sé que me quiere. Pero me quiere mal. Porque no se levanta. O está conmigo ahora. O me está esperando ahí para desayunar juntos. Entonces lo acepto igual, hasta que me canse. Todo tiene un límite” (Susana, 41 años).

Esta situación constituye un episodio crítico (fateful moment) que vivencia con mucho temor y dramatismo. En el marco del momento vital que atraviesa, se presenta como un punto de viraje, en tanto la llevó a replantearse su condición de salud, la situación de consumo y decidió poner un corte:

“Cuando ya sos grande y llegás a esa situación de enfermedad te querés cuidar. Y como que querés poner un parate. Yo puse un parate y puedo hablarlo con vos. Y esto hace un tiempo no lo podía hacer. No podía hablar” (Susana, 41 años).

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Este “*parate*” comenzó para Susana, interrumpiendo la situación de consumo. Debido a la dependencia que había desarrollado a las diferentes sustancias decidió iniciar el recorrido para intentar resolverla internándose en una institución de salud mental especializada en adicciones. Durante los cuatro meses que estuvo internada, tuvo una experiencia de una valoración muy positiva, tanto a nivel institucional como el de los profesionales que la atendieron. En este espacio, se destaca como facilitador de su itinerario su forma de relacionarse afectuosamente con los/as trabajadores/as y otros usuarios/as del servicio, pudiendo crear lazos que funcionaron como sostén.

Hace pocos meses, recibió el alta y continuó realizando tratamiento ambulatorio en la misma institución, aún en situación de calle. Refiere utilizar todos los recursos que ofrece la institución, los espacios de socialización y también realiza emprendimientos productivos allí mismo para “*ganarse el pucho de cada día*”. En este aspecto se observa una utilización *estratégica funcional y participativa* de los servicios disponibles.

Este proceso la llevó a reconsiderar relación que tiene con su pareja, en tanto siente que él no la acompañó en su “*rehabilitación*” y sigue consumiendo frente a ella. En este sentido, ella se muestra con sentimientos ambivalentes hacia él, por un lado dolida por lo que él se encuentra atravesando respecto a su situación de deterioro, y en otros expresa algunos descuidos en tanto él la quiere “*mal*”. Al respecto relata que se le ha detectado “*el VDRL alto⁸*”, que es una enfermedad de transmisión sexual y ella asume que él la ha contagiado a raíz de haber mantenido relaciones sexuales con otras mujeres. Susana se realizó el tratamiento “*con inyecciones*”, pero no ha podido recuperarse debido a que su pareja se ha negado a recibir atención. Este es un tema que la aflige y preocupa. Se visibiliza como esta relación social, funciona en términos de barrera en su itinerario terapéutico.

Al momento de la entrevista expresa que sufre múltiples enfermedades y padecimientos: sífilis, quiste ovárico, diabetes, hipotiroidismo, dolores musculares y ansiedad. “*Tengo un poquito de todo*” porque la calle “*trae enfermedad*”.

Ella expresa que ha podido retomar distintos hábitos de cuidado de su salud. Esto implica para ella realizar diversas prácticas de cuidado respecto a la alimentación, a la higiene, y el consumo de medicamentos para la diabetes y el hipotiroidismo. Tal como fue abordado anteriormente, en base a su experiencia de padecimiento crónico como es la diabetes, Susana ha atravesado un *proceso de expertización*, desarrollando prácticas de autoatención y autocuidado ligado a los saberes biomédicos. Esto corresponde un *capital de la paciente* importante, que funciona en términos de recurso (Pecheny, 2009). Este saber se

⁸ Indica la presencia de sífilis.

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

inscribe en su historia de modo particular, ya que fue mayoritariamente adquirido a través del rol que desempeñó como cuidadora de su madre, de quien, según ella, heredó la diabetes. Su madre murió sin visión y sin piernas, esto se presenta como fantasma aterrador que quiere evitar.

Seguir estudiando aparece como forma para el cuidado de su salud, que pone en acto su deseo. Este “*corte*” creo condiciones para empezar a proyectar su “*salida*” de la calle. Se encuentra a la espera de la resolución de un juez por la gestión del Amparo, que le otorgaría dinero mensual para poder alquilar una habitación.

10.2.1 De la marca de la muerte a proyectos de vida

La biografía de Susana se encuentra enmarcada en un contexto de acumulación de desventajas sociales (Fitoussi & Rosanvallon, 1997), desafiliación social respecto del empleo y relaciones sociales y procesos de extrema vulnerabilidad social. Estos han tenido gran impacto en las condiciones de salud y el desarrollo de los distintos padecimientos.

Sin embargo, a pesar de que las dimensiones socio-históricas parecerían funcionar como barrera a la accesibilidad a los servicios, la trayectoria de Susana se caracteriza por organizarse a partir de los saberes y formas de atención biomédica. Se observa la utilización de diversas modalidades de atención relacionadas con el modelo biomédico, tanto de ONG y del Estado, para buscar respuesta a su problemática. Resulta destacable que a pesar de no contar con redes de apoyo familiar, presenta gran adherencia a tratamientos y cuidados que implican una gran actividad en su vida cotidiana. En ese sentido se destaca cómo ajustar las actividades cotidianas al modelo biomédico implica esfuerzo, convicción y desgaste (Pecheny, 2009).

A pesar de no contar con recursos económicos, cuenta con un gran capital cultural respecto a que conoce la variedad de servicios y dónde es posible conseguir medicación en forma gratuita. Asimismo, la relación que entabla con los profesionales parecería tener un rol muy importante en la continuidad del tratamiento y los cuidados, como así también sus fantasmas asociados al desarrollo de la diabetes que se desprenden de su biografía.

Se pudo agenciar de las enseñanzas de supervivencia que aprendió en la cárcel y en la calle, resistir a estas situaciones de sufrimiento y opresión, y sobrevivir a pesar de todo:

“Y me cuesta mucho. Estoy dolida. Me siento sola. Me siento abandonada. Me siento como apartada de la sociedad” (Susana, 41 años).

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

Se presenta un gran trazado de nuevas redes y lazos sociales de sostén emocional, para poder afrontar e intentar solucionar sus padecimientos. A diferencia de lo que expresan otros estudios respecto a PSC, se observa en la trayectoria de Susana, distintas estrategias de reafiliación social en el contexto de la situación de calle que tienen un gran impacto en las condiciones de salud y la ampliación de la ciudadanía, implementando procesos de exigibilidad y justiciabilidad de derechos, como es el caso del Amparo.

La cercanía con la muerte la contactó con sus deseos de vida y también de ser madre nuevamente:

“Siempre decía: ‘me quiero morir, me quiero morir’. O a veces digo: ‘me quiero morir, no quiero vivir más’. Pero en ese momento me asusté. Me estaba yendo y digo: ‘no, quiero vivir’” (Susana, 41 años).

Este punto de clivaje le permitió volver a conectarse con su cuerpo y los cuidados. En las prácticas de cuidado de la salud, se destacan los *encuentros* con otros (profesionales y compañeros/as de tratamiento), que le devolvieron el reconocimiento, y a partir de los cuales pudo recuperar el valor y la dignidad. En ese sentido sus prácticas en salud devienen prácticas de resistencia a las formas de exterminio que propone la calle. Estos encuentros y prácticas produjeron procesos subjetivantes que le permitieron otro devenir en el que pudo volver a poner en acto su deseo, en tanto motor, y comenzar a delinear un proyecto de vida, haciendo a un lado –momentáneamente- la marca de la muerte (Deleuze & Guattari, 2000; Fernández, 2007).

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

11. CONCLUSIONES

Esta Tesis fue realizada desde la perspectiva de las MSC, destacando la necesidad de poder incluirlas en el proceso de construcción de conocimiento. Constituyó una apuesta académico-política haber habilitado la palabra a un sector poblacional que parece ser minimizado por las estadísticas, discriminado por dispositivos de asistencia y poco abordado por las producciones académicas locales.

Se buscó en la selección de la muestra la inclusión de mujeres con experiencias heterogéneas de calle con el objetivo de abarcar la diversidad del fenómeno. Las 9 mujeres entrevistadas narran en primera persona las situaciones de padecimiento en la calle y los arrasamientos materiales y subjetivos de las que son objeto.

La presente investigación logró alcanzar sus objetivos: aportó conocimiento identificando los problemas de salud de las MSC en calle; analizó los recorridos que realizaron para intentar comprenderlos y solucionarlos; indagó en la dimensión de las relaciones sociales y los procesos de restitución de derechos.

A partir del material trabajado, se destaca que la situación de calle se mostró compleja y dinámica. Es un territorio al que las mujeres “entran” por distintas vías: el intento de alejarse de situaciones de violencia; pérdidas emocionales y materiales; haber atravesado experiencias de privación de la libertad en instituciones carcelarias y monovalentes; situaciones de vulnerabilidad y procesos de pobreza estructural. Estas vías singulares de acceso a la situación de calle se dan en un contexto de políticas neoliberales que se enmarcan en un sistema capitalista patriarcal.

La calle presentó para las mujeres un escenario hostil, cuali-cuantitativamente ocupado por varones, en el que para sobrevivir devino necesario recurrir a tácticas de masculinización para enfrentar los peligros y conservar su integridad física. Contrariamente, también aparece como un espacio de contención y afectos, donde las MSC forjaron lazos de solidaridad.

Las problemáticas más críticas y recurrentes de las MSC fueron: el consumo problemático de sustancias psicoactivas, violencias, la falta de vivienda y la culpabilización de las maternidades en calle. Las experiencias de padecimientos analizadas demuestran que las mujeres interpretaron sus problemáticas en relación a cuestiones singulares de sus biografías y también respecto a la determinación social de la salud.

En las estrategias que utilizan para intentar resolver sus problemas de salud se destaca las distintas modalidades relacionadas con: la autoatención, la biomedicina y formas tradicionales y populares. Las distintas trayectorias de atención en salud articulan estas distintas modalidades y varían de acuerdo a: los diagnósticos que las mujeres realizan de

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

los padecimientos y los recursos con los que disponen. Si bien carecen de recursos materiales y económicos, se ha observado un despliegue de recursos sociales en la búsqueda por resolver sus padecimientos. En ese aspecto, se observó que la situación de calle de las mujeres no se caracteriza por el aislamiento relacional, tal como destacan otras investigaciones. Por el contrario, el material empírico permitió indagar acerca de los procesos de desafiliación-reafiliación social, dando cuenta de la multiplicidad de redes y lazos que las mujeres tejen y sostienen cotidianamente.

Mediante el análisis de la *carrera de enfermas* y los *itinerarios terapéuticos* realizados, las MSC con padecimiento crónico exhibieron una gran adhesión a las prescripciones biomédicas y una preocupación constante respecto al cuidado de su salud. Esta apropiación de saberes mediante el *proceso de expertización* generó un capital personal importante (Pecheny, 2009). Esta forma de incorporación de conocimiento también se encontró presente en las MSC respecto a los distintos recursos que presenta la calle (subsidios, comedores, roperías, paradores, hogares, programas, hoteles, hospitales, centros de salud). Como consecuencia las MSC han desarrollado *proceso de ciudadanización* (Pecheny, 2009) que se visibiliza en las prácticas de exigibilidad y justiciabilidad que emprenden para mejorar sus condiciones de salud.

En lo que concierne a las prácticas de cuidado, se observó una polisemia de sentidos. Por un lado se observó las MSC se desempeñan como cuidadoras, rol que apareció naturalizado en prácticas y sentidos asociados a la maternidad. También se destacó como las mujeres han ideado formas particulares de cuidar de su salud que se alejan de las concepciones del Modelo Biomédico, como es el caso de la educación y el estudio. Estas aparecen más ligadas a un anhelo, ya que en el contexto de precariedad y la demanda rol de cuidadoras y jefas de hogar, imposibilita su desarrollo.

En relación a las redes institucionales se destaca que las mujeres entrevistadas utilizan los recursos del *circuito de calle* en forma funcional e instrumental y no crean dependencia con las instituciones de asistencia, tal como arrojan otros estudios que lo catalogan como un círculo vicioso. Aquí surge la pregunta si esta diferencia se encuentra relacionada con la dimensión de género, en tanto las otras investigaciones toman en su mayoría varones en situación de calle. Este transitar de las MSC por las instituciones del Estado y ONGs destinadas para PSC parece estar únicamente ligado a la satisfacción de cuestiones percibidas como una necesidad, ya que son intervenciones que actúan paliativamente y no propician la resolución de sus problemáticas en forma permanente. Sin embargo, las mujeres han encontrado otros espacios colectivos en los que han podido desarrollar: emprendimientos productivos, cuestionar las relaciones de opresión y comenzar a transitar procesos de restitución de derechos. Este tipo de lazos en algunos casos

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

posibilitaron una salida a la calle y funcionaron como facilitadores de las trayectorias de cuidado y atención de la salud de las MSC.

En este trabajo, si bien se tuvo en cuenta una perspectiva de género, no constituyó un estudio de género, en tanto sólo se abordó la problemática desde una de las actrices sociales. En ese sentido, en futuras investigaciones se podría indagar respecto a las construcciones de género en situación de calle y las relaciones sociales. Siguiendo un enfoque relacional, se podrán tomar diferentes actores/as sociales (diversidad de PSC, trabajadores/as, familiares y compañeros/as de calle, comerciantes, formuladores/as de políticas públicas, otros/as habitantes de la ciudad) analizar prácticas, discursos y ámbitos de interacción entre ellos/as.

La situación de calle se presenta como un gran obstáculo para el ejercicio del Buen Vivir, creando condiciones indignas para el desarrollo de la vida y constituye una violación a los Derechos Humanos de las mujeres (Pardis, 2009; Breilh, 2009).

La ley 3706 "Protección y garantía integral de los derechos de las personas en situación de calle y en riesgo a la situación de calle" ha hecho aportes significativos en la enunciación de derechos de las PSC. Sin embargo, se observó en las entrevistas realizadas que hay una brecha entre los discursos y las prácticas cotidianas. Se resalta que el derecho a la salud, sobre todo en contextos de inequidad, es un problema que no se reduce a un conjunto de leyes (Spinelli, 2010). En el caso de las MSC se encuentran operando lógicas instituidas en los dispositivos de atención y a pesar de la reglamentación de la Ley, no se han creado nuevas políticas o programas específicos.

Resulta interesante destacar que esta Ley 3706 fue vetada parcialmente por el Poder Ejecutivo en su artículo 5° titulado "Del derecho a la ciudad y al uso del espacio público" que es definido como "una atribución de libertad sobre el uso igualitario y no discriminatorio del espacio público, su uso y disfrute y el derecho al acceso a los servicios por parte de todos los habitantes, conforme los principios constitucionales" (Ley 3706/10 CABA). Esto se relaciona con la implementación de una política urbana de segregación territorial y marginalización, que se visibiliza en lógicas de privatización y control del espacio público.

En conclusión, respecto de la Ley 3706 se evidencia la necesidad de la formulación de dispositivos de intervención idóneos para trabajar con las problemáticas de las MSC desde una perspectiva de derechos. Si bien esto se encuentra redactado en la Ley, habría que encontrar mecanismos de monitoreo de su implementación.

Respecto a vulneraciones de derechos, una cuestión que apareció en forma alarmante, por su frecuencia y dramatismo, fue la separación de las MSC de sus hijos/as en el contexto de calle. El devastamiento subjetivo que las mujeres expresan frente a estas situaciones toma dimensiones críticas sobre todo en casos de consumos problemáticos de

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

sustancias psicoactivas. De ese modo, cabe preguntarse ¿por qué el Estado opta por separar a los/as chicos/as en vez de generar las condiciones para que esa familia pueda afrontar la crianza? Si bien se comprende que la visibilización de esta problemática- aún más en mujeres que son madres - es reciente y compleja, deviene necesario implementar otras estrategias de intervención que consideren los derechos desde un abordaje integral que no culpabilice ni criminalice a las mujeres que atraviesan procesos de vulnerabilidad social.

Asimismo, el derecho a la vivienda insistió en todas las entrevistas. Si bien la situación de calle no se reduce a la carencia de un techo, es una dimensión central que debe ser atendida. En esta investigación se pudo rescatar la experiencias de las mujeres en las que se observó el poco alcance que las políticas sociales a nivel local y Nacional tienen para incidir en las problemáticas que presentan. El programa del el Subsidio Habitacional que el GCBA implementa no se presenta como alternativa a la calle, sino que es una continuación de la situación de inestabilidad y exclusión residencial. El resto de las políticas destinadas a PSC tampoco interviene en los motivos que suscitaron la situación de calle, sino que opera paliativamente sin proponer soluciones a largo plazo. En ese aspecto se destaca que la CABA no cuenta con políticas públicas efectivas de vivienda ni de empleo para las MSC (Boy, 2009). La situación de desigualdad social y discriminación se evidencia en la implementación de políticas urbanas que beneficia a otros sectores sociales de la ciudad. A su vez, resulta paradójico que la CABA presenta una cantidad creciente de PSC y gran número de viviendas ociosas.

Es necesaria la formulación de políticas locales, que desde una perspectiva de género y enfoque de Derechos Humanos, postulen respuestas a la problemática de vivienda y empleo de las MSC y planteen prácticas preventivas para las mujeres en “riesgo a la situación de calle”. Del mismo modo, deviene imperante la formulación de políticas sociales que busquen reducir las desigualdades sociales, los procesos de feminización de la pobreza y tengan impacto en esta población.

Respecto a los dispositivos de intervención con MSC, a partir de los resultados se pueden delinear algunas recomendaciones. La primera corresponde a pensar estrategias no culpabilizantes ni re-victimizantes. La segunda, diseñar dispositivos participativos que pongan en despliegue colectivamente las redes y lazos sociales que las MSC construyen desde lógicas solidarias y de reconocimiento en los/as otros/as. Por último, proponer espacios horizontales educativos y de formación que desde una perspectiva de género, para que las mujeres puedan compartir sus experiencias y construir conocimientos con otros/as. Para las mujeres que atraviesan procesos de exclusión y marginalidad estos espacios educativos aparecen como la posibilidad de crear condiciones para poner en acto su deseo

Tortosa, P.I. Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015

y formular proyectos emancipatorios que no estén limitados a los mandatos tradicionales en relación a la maternidad/género.

En conclusión las trayectorias de atención y cuidado de la salud de las MSC se caracterizan por la opresión y la exclusión, que se inscriben en las biografías como marcas de dolor y sufrimiento. No obstante, el conocimiento que desarrollaron las mujeres en las experiencias singulares que les propuso la calle es de gran riqueza, en tanto constituye un saber contra hegemónico a un orden capitalista patriarcal que las subordina a distintas formas deshumanizantes y desubjetivantes. Poder idearse proyectos de vida emancipatorios del sistema opresor y rebelarse frente a las formas de dominación implica un gran coraje y un trabajo colectivo. Mediante el encuentro con otros/as las mujeres han podido transformar estas experiencias en trayectorias de supervivencia, lucha y resistencia.

“Si yo sé que todavía puedo resistir voy a seguir peleando” (María, 64 años).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agamben G. Lo que queda de Auschwitz. El archivo y el testigo. Homo Sacer III. Valencia: Editorial Pre-textos; 2000.

Aguilar P. La feminización de la pobreza: conceptualizaciones actuales y potencialidades analíticas. Revista Katálisis, Florianópolis. [Internet]. 2011 [citado 10 abr 2014]; 14 (1):126-133. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v14n1/v14n1a14.pdf>

Alves JA. Os Direitos Humanos. San Pablo: Perspectiva; 1994.

Alves P. Escolha e Avaliação de Tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. Experiência de Doença e Narrativa. Rio de Janeiro, Fiocruz; 1999.

Andreozzi A. Mujeres en Calle. Página/12. 23 sep 2010 [citado 1 may 2014]:Sec. Psicología. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-153619-2010-09-23.html>

Arana X, Germán I. Las personas usuarias de drogas especialmente vulnerables y los Derechos Humanos: personas usuarias con patología dual y mujeres usuarias de drogas. Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología. Eguzkilore. San Sebastián. [Internet]. 2005 [citado 10 abr 2014]; 19: 169 – 215. Disponible en: <http://www.ehu.es/documents/1736829/2174561/12Arana.pdf>

Asamblea General de Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de violencia hacia la mujer. 1993. [citado 2 may 2014] Disponible en: http://www2.ohchr.org/spanish/law/mujer_violencia.htm

Ase I, Buriyovich J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Salud colectiva. 2009;5(1):27-47.

Ayres R y colaboradores. El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos. En: Czeresnia & Freitas (org.) Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.

Bachiller S. Exclusión, aislamiento social y personas sin hogar. Aportes desde el método etnográfico. Revista de servicios sociales [Internet]. 2010 [citado 10 abr 2014]; 47, 63-73. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3262816.pdf>

Battistessa O, Matucevicius J. Del padecimiento individual a la participación y organización vecinal en torno al derecho a la vivienda. Una experiencia desde el sector salud. [Internet] IV Encuentro Internacional Políticas Públicas y Trabajo Social. Aportes para la construcción de lo público; 2010; Buenos Aires. [citado en 14 marzo 2013]. Disponible en: <http://www.trabajosocial.fsoc.uba.ar/jornadas/contenidos/41.pdf>

Biaggio M. “Linyera”, ser o no ser: normas, códigos y estrategias de supervivencia de los hombres “de la calle”. VIII Congreso de Antropología Social; 19-22 septiembre 2006; Universidad Nacional de Salta.

Biaggio M. De estigmas e injurias: cuando las prácticas discriminatorias se hacen presentes de forma cotidiana en la vida de las personas en situación de calle. Revista CUHSO [Internet]. 2010 [citado en 12 Junio 2010]; 19(1):37-52 Disponible en: <http://ojs2.uct.cl/index.php/cuhs0/article/view/307>

Biaggio M, Verón N. Entre la penalización y la asistencia: la construcción de sujetos “merecedores” de políticas públicas destinadas a la atención de la “Emergencia Habitacional” en la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Margen*, 57. [Internet] 2010. [Citado el 3 Agosto, 2011];79(12):1133-1138. Disponible en: <http://www.margen.org/suscri/margen57/biaggio.pdf>

Biaggio M. Salir de la calle: una aproximación etnográfica a un proyecto de revinculación social para personas en situación de la calle en la Ciudad de Buenos Aires. *Acciones e Investigaciones Sociales*. [Internet]. 2011 [citado 10 abr 2014]; 30, 155-181. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=1132192X&AN=82112702&h=SqUKiS7lXwHnN0PbEik8yIK9YbTVrSv%2bBWGFfwGs0i1Y4ukArZRfd1%2bgs1o15Uyn6Wa4u%2bi%2fDJpsHI9s43xvhA%3d%3d&crl=c>

Bertaux D. *Historia oral e historia de vida*. Cuadernos de Ciencias Sociales. Buenos Aires: FLACSO; 1989

Bertaux D. *El análisis de un relato de vida: perspectiva etnosociológica*. Madrid: Bellaterra; 2005.

Botelho A, Silva S, Kassab M, Leite L. Meninos de rua: Desafiliados em busca de saúde mental. *Psicologia em Estudo* [Internet] 2008. [Citado el 3 Agosto, 2011] 13(2); 361-370. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a19v13n2.pdf>

Boy M. Personas que viven en la calle: un problema político en construcción. Ciudad de Buenos Aires, 2007-2009. *Revista CUHSO*, Temuco, Chile [Internet] 2009. [Citado el 3 Agosto, 2011];19(1):53-66. Disponible en: <http://derechocienciapolitica.cl/index.php/cuhs/article/view/308>

Boy M. *Personas que viven en la calle: un análisis de las políticas implementadas para su atención*. Ciudad de Buenos Aires. 1997-2009. [Tesis de Maestría]. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires; 2010.

Breilh J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*. 2010;6(1):83-101

Brown J. *Mujeres y ciudadanía en Argentina: debates teóricos y políticos sobre derechos (no) reproductivos y sexuales (1990-2006)*. Buenos Aires: Teseo; 2014.

Bufarini M. *Personas sin hogar: análisis de las políticas sociales desarrolladas para su asistencia*. VIII Congreso de Antropología Social; 19-22 septiembre 2006; Universidad Nacional de Salta.

Butler J. *El género en disputa*. México: Paidós; 2001.

Cabrera P. *Mujeres sin hogar en España*. Informe Nacional para FEANTSA. [Internet] 1999 [citado 10 abr 2014]. Disponible en: http://www.noticiaspsh.org/IMG/pdf/FEANTSA_2000_Informe_espanol_Mujer-2.pdf

Campos GWS. *Gestión en Salud: en defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.

Canónico, RP. Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. 2007 [Citado 2011-08-05]; 41,799-803. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000500010&script=sci_arttext

Carneiro NJ, Nogueira EA, Lanferini GM, Ali DA, Martinelli M. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. *Saúde e Sociedade* [Internet]. 1998 [citado 5 Diciembre 2011];7(2):47-62. Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7024>

Carvalho LC, Camargo Macruz Feuerwerker L, Merhy, EE. Disputas en torno a los planes de cuidado en la internación domiciliaria: una reflexión necesaria. *Salud colectiva* [internet] 2007 [citado 30 nov 2011];3(3):259-269 . Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652007000300004&script=sci_arttext

Castel R. De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso. *Revista Archipiélago*, 21. Barcelona: Editorial Archipiélago; 1995.

Castel R. La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado. Buenos Aires: Paidós; 2004.

Castellanos G. Sexo, género y feminismo: tres categorías en pugna. Cali: Universidad del Valle; 2006.

Castilla V, Lorenzo G. Emociones en suspenso: maternidad y consumo de pasta base/paco en barrios marginales de Buenos Aires. *Cuadernos de Antropología Social*. [Internet] 2012. [Citado 10 de Diciembre 2014] 36:69–89, 2012. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1850-275X2012000200005&script=sci_arttext&lng=en

Castoriadis C. El avance de la insignificancia. Buenos Aires: EUDEBA; 1997.

Cortés B. Experiencia de enfermedad y narración. El malentendido de la cura. *Nueva Antropología* [Internet] 1997. [citado 10 de dic 2011] XVI(52):89-116. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=15905305>

Cruz neto O. El trabajo de campo como descubrimiento y creación. En M. C. Minayo (Org) *Investigación Social. Teoría, método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007.

Chant S. New contributions to the analysis of poverty. Methodological and conceptual challenges to understanding poverty from a gender perspective. Santiago de Chile: Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina, Serie Mujer y Desarrollo. [Internet] 2003 [citado 25 feb 2014]. Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/6/13156/lcl1955i.pdf>

De Souza Alvarez A, Alvarenga A, Friedler-Ferrara N. O encontro transformador em moradores de rua na cidade de Sao Paulo. *Revista Psicologia & Sociedade*. [Internet] 2004. [citado 10 de dic 2011]; 16:47-56. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v16n3/a07v16n3.pdf>

Decreto N° 607/997; Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires, N° 213; 06/06/1997.

Decreto N° 690/006. Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires N° 2463; 21/06/2006.

Decreto 960/08. Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires N° 2992; 13/08/2008.

Decreto N° 2.018; Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires; N°803; 22/10/1999.

Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires. La Ucep: Un Organismo Estatal con Prácticas Ilegales. Informe de denuncia sobre el accionar de la Unidad de Control de Espacio Público de la Ciudad de Buenos Aires. Informe conjunto: Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires- Defensoría General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS)- [Internet] Octubre 2009. [citado 19 de dic 2012] Disponible en: <http://www.defensoria.org.ar/noticias/532.php>

Defensoría del Pueblo de la Provincia de Córdoba. Mujeres en situación de calle: Una aproximación reflexiva desde la perspectiva de género. [Internet] Agosto 2012 [citado 1 may 2014]. Disponible en: <http://www.defensorcordoba.org.ar/archivos/publicaciones/ipsc2012mujeres.pdf>

Deleuze G, Guattari F. Mil mesetas. Valencia: Pretextos; 2000.

Deleuze G, Parnet C. Diálogos. Valencia: Pre-Textos; 1980.

Denzin K. Interpretive interactionism. London; Sage; 2001.

Dónzelot J. La policía de las familias. Valencia: Pre-textos; 1998.

Dussel E. Para una ética de la liberación latinoamericana. Bogotá: Nueva América; 1988.

Dutchatsky S, Correa C. Chicos en Banda: los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones. Buenos Aires: Paidós; 2002

Esteban ML. Cuidado y salud: costes en la salud de las mujeres y beneficios sociales. En: Congreso Internacional Sare 2003. Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado. Gasteiz: Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer y Comunidad Europea/Fondo Social Europeo; [Internet] 2004 [citado 1 may 2014]: 63-84.. Disponible en: https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Boletin_ECOS/10/Genero_y_cuidados.pdf

Esteban ML. El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. Salud colectiva. 2006; 2(1), 9-20.

Fernández AM. Las lógicas colectivas: imaginarios, cuerpos y multiplicidades. Buenos Aires: Biblos; 2007.

Fernández AM. Política y subjetividad: asambleas barriales y fábricas recuperadas. Buenos Aires: Biblos; 2008.

Ferreira F, Poley M. População em situação de rua, vidas privadas em espaços públicos: o caso de Belo Horizonte 1998–2005; en J. Antonio de Paula & et al (ed.) Anais do XII Seminário sobre a Economia Mineira. 12th Seminar on the Economy of Minas Gerais [Internet] 2006.[citado 12 diciembre 2010] Disponible en: http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2006/D06A096.pdf

Ferreira Mângia E, Mitie Y. Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo; [Internet] jan./abr. 2008. [Citado 12 diciembre 2010] 19(1): 61-71. Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14029/15847>

Fitoussi JP, Rosanvallon P. La nueva era de las desigualdades. Buenos Aires: Manantial; 1997.

Fleury S. Los patrones de exclusión e inclusión social. En: CALDERÓN F (org). Ciudadanía y desarrollo humano. Cuaderno de Gobernabilidad Democrática N° 1. Buenos Aires: PNUD/Siglo XXI; 2007. p. 97-122.

Fleury S. ¿Qué protección social para cuál democracia? Dilemas de la inclusión social en América Latina. Medicina Social [Internet] 2010. [Citado 15 diciembre 2012];5 (1)41-60. Disponible en: <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/406>

Galende E. Los fundamentos de Salud Mental, en Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser. Buenos Aires, Paidós; 2008.

García García A. Las trayectorias del padecimiento: hombres adultos amputados y no-amputados a causa de la diabetes mellitus. Investigación y Educación en Enfermería [Internet] 2004 [citado 3 agosto 2011] ; XXII. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=105216892006>. ISSN 0120-5307

Gomes R. El análisis de datos en la investigación cualitativa. En M. C. Minayo (Org) Investigación Social. Teoría, método y creatividad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007.

Herrero Fernández I. Mujeres sin hogar y violencia de género. La triple invisibilidad. Cuadernos de Trabajo Social. [Internet] 2003 [citado 3 agosto 2011] 16: 265-268. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0303110265A>

Kleinman A y Csordas T. The therapeutic process. En: Sargent C, Johnson T (comps). Medical anthropology: contemporary theory and method. Westport: Praeger Publishers; 1996. pp.3-21.

Kornblit A. coordinadora. Metodologías cualitativas en Ciencias Sociales. Modelos y procedimientos de análisis. Buenos Aires: Biblos; 2007.

Lagarde M. Claves feministas para la negociación en el amor. Managua: Fundación Puntos de Encuentro; 2000.

Lagarde M. Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. México DF: UNAM - Porrúa; 2003.

Lenta MM, Di Iorio J. La construcción de una perspectiva ética-relacional en las investigaciones del campo de la infancia y la adolescencia. En Libro de Ponencias del V congreso mundial por los derechos de la infancia y la adolescencia. San Juan (Argentina): SNAF. [Internet] 2013 [citado 3 agosto 2014] Disponible en: <http://www.aacademica.com/maria.malena.lenta/22>

Lenta M. Niñas, niños y adolescentes en situación de calle: discursos sobre la infancia y procesos de subjetivación [tesis de maestría]. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología; 2013.

Ley CABA 114. Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. Boletín Oficial – 3/12/1998.

Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Boletín Oficial – 18/04/2006.

Ley Nacional N° 26.485 Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Boletín oficial -

Ley N° 3706 Protección y garantía integral de los derechos de las personas en situación de calle y en riesgo a la situación de calle. Boletín Oficial Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2010. Disponible en:

<http://www.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley3706.html>

Litichever C. Trayectoria Institucional y Ciudadanía de Chicos y Chicas con Experiencia de vida en Calle. [Tesis de Maestría]. Buenos Aires: Maestría en Diseño y Gestión de Políticas y programas Sociales, FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES, 2009.

Llorens M. y colaboradores. Niños con experiencia de vida en calle. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2005

Marchese C. La construcción del signo "indigente" en el discurso de las instituciones estatales de la Ciudad de Buenos Aires. Revista Latinoamericana de Estudios del Discurso. [Internet] 2006 [citado 10 feb 2010] 6(1). Disponible en:
<http://aledar.fl.unc.edu.ar/files/Marchese-Mariana-Carolina1.pdf>

Margulies S, Barber N, Recoder ML. VIH-sida y 'adherencia' al tratamiento. Enfoques y perspectivas. Antípodas, Revista de Antropología y Arqueología. 2006; 3: 281-299.

Martinovich V. Criterios de Normalización: Trabajo Final Integrador de Especialización y Tesis de Maestría y Doctorado. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. 2012.

Medeiros M, Costa JS. Is there a Feminization of Poverty in Latin America? World Development. 2008; 36(1):115-127.

Médicos del Mundo (MDM) Informe Salud en la Calle [Internet] 2010 [citado el 10 abril 2011] Disponible en: <http://www.mdm.org.ar/informe>

Menéndez E. La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? Alteridades Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa México [Internet]. 1994 [citado en 12 octubre 2011];4 (7):71-83. Disponible en:
<http://biblioteca.ues.edu.sv/revistas/10800276-8.pdf>

Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciencia & Saude Colectiva [Internet]. 2003 [citado en 23 Noviembre 2011];8(1):185-207. Disponible en:
<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v8n1/a14v08n1>

Menéndez E. Intencionalidad, experiencia y función. Revista de Antropología Social. [Internet]. 2005 [citado en 12 octubre 2011];39(14):33-69. Disponible en:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1399944>

Menéndez E. Modelos de Atención de los padecimientos de exclusiones teóricas a articulaciones prácticas. En: Spinelli H, compilador. Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, Gestión y Políticas. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004. (Reedición 2009 en Sujetos Saberes y Estructuras).

Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.

Núñez Matus C. Mujeres en situación de calle más allá del andar cotidiano. Revista Sociedad y Equidad [Internet] 2013 [citado en 12 abril 2014]; 5(1):188-212. Disponible en:
<http://revistaurbanismo.uchile.cl/index.php/RSE/article/viewArticle/26324>

Merhy EE, Franco TB. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. Salud Colectiva. 2011;7(1):9-20.

Merhy E, Onocko R (organizadores). Agir em saúde um desafio para o publico, Sao Pablo Editora: HUICITEC; 1997.

Minayo M.C. Investigación Social. Teoría, método y creatividad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.

Minayo MC, Assis, SG, Souza ER. (org). Evaluación por triangulación de métodos: abordaje de programas sociales. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2005.

Minayo MC. 2009. La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.

Montero M. Introducción a la Psicología Comunitaria: desarrollos, conceptos y procesos. Buenos Aires: Paidós; 2004.

Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. Informe anual 2013-2014. [Internet] 2014 [citado 22 enero 2015]. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37185/S1420459_es.pdf?sequence=1

Oszlak O. La formación del Estado argentino. Orden, progreso y organización nacional. Buenos Aires: Ariel; 2004.

Paim JS. Desafíos para la Salud Colectiva en el siglo XXI. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2011.

Palleres G. Conjugando el presente. Personas sin hogar en la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Antropología; 2004.

Pallares G, Ávila H. La calle no es un lugar para vivir auto-organización y situación de calle en la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires; 2014.

Paradis, P. A little room of hope: feminist participatory action research with “homeless” women. [Tesis de Doctorado] Graduate Department of Adult Education and Counselling Psychology. Ontario Institute for Studies in Education University of Toronto 2009. Disponible en: <https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/19158>

Pardis E. Ethics in Research with Homeless Women. [Internet] 2010 [citado 17 junio 2014]. Finding home- Policy options for addressing homelessness in Canada. Disponible en: <http://www.homelesshub.ca/sites/default/files/8.4%20Paradis%20Research%20Ethics.pdf>

Pasamonik G. Salud, infancia y adolescencia: prácticas de atención de niños, niñas y adolescentes en situación de calle en la ciudad de Buenos Aires. Anu. investig. [Internet]. 2009 [Citado el 21 de junio 2012]; 16:257-266. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v16/v16a24.pdf>

Patton M. Qualitative Evaluation ad Research Methods. Sage: London; 1990.

Pecheny M, Manzelli H, Jones D. “Vida cotidiana con VIH/sida y/o con hepatitis C: diagnóstico, tratamiento y proceso de expertización”. Buenos Aires: Cuaderno del Ciclo de Seminario de Salud y Política Pública, CEDES. [Internet]. 2002 [Citado el 4 de junio 2014]. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000148&pid=S1900-5407200600020001300025&lng=en

Pecheny M. Cuerpos Sexuados, Cuerpos Sanos o Enfermos: Ciudadanización de la Salud y la Sexualidad en Argentina Trabajo presentado al Congreso 2009 de la International Political Science Association, Santiago, Chile, 11-14 de Julio de 2009. [Internet]. 2009 [Citado el 4 de junio 2014]. Disponible en: http://paperroom.ipsa.org/app/webroot/papers/paper_678.pdf

Pipo V. Desafiando al destino. Chicos y chicas en situación de calle y vulnerabilidad. En Epistemes y prácticas en Psicología Preventiva. Buenos Aires: Eudeba; 2011.

PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD) Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe 2010: Actuar sobre el futuro: romper la transmisión intergeneracional de la desigualdad, San José de Costa Rica, PNUD; 2010.

Rietti S, Maffía D. Género, ciencia y Ciudadanía. Arbor. [Internet] 2005 [citado 21 feb 2013];181(716). Disponible en: doi:10.3989/arbor.2005.i716.411

Rolnik S, Guattari F. Micropolítica. Cartografías del deseo. Tinta Limón Ediciones: Buenos Aires; 2013.

Rosa AS, Cavicchioli MGS, Brêtas ACP. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. Rev Latino-am Enfermagem [Internet] 2005 [citado en Octubre 2011]; 13(4):576-82. Disponible en : www.eerp.usp.br/rlae

Rosa P. El circuito de la necesidad: Las Organizaciones de la Sociedad Civil y la asistencia a los habitantes de la calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Summer School on Interdependent Inequalities in Latin America. Brazil, November 1-5. [Internet] 2010 [citado en julio 2013]. Disponible en: http://www.fflch.usp.br/centrodametropole/antigo/static/uploads/paula_rosa.pdf

Rosa P. ¿Cuántos son, quiénes son los habitantes de la calle?: Acercamientos a las cifras. Trab. soc. [internet]. 2013, n.21 [citado 01-02.2015], pp. 563-577 . Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1514-68712013000200033&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1514-6871.

Rosa P, Ferro MT. Reproducción de la desigualdad: Las políticas sociales dirigidas a las personas en situación de calle en Buenos Aires y San Pablo. XXVIII Congreso Internacional de Associação Latino-Americana de Sociologia (ALAS), Recife, Brasil, de 6 a 11 de setembro 2011. Disponible en: http://www.nepac.ifch.unicamp.br/pf-nepac/public-files/2011-artigo-ferro_maria_carolina_tiraboschi_rosa_paula_cecilia.pdf

Rubinich L. Van los linyeras. Apuntes de Investigación del CECYP, [Internet] 2008. [citado en octubre 2011]. Disponible en: <http://www.apuntescecyp.com.ar/index.php/apuntes/article/view/121>

Saizar M. Homeless en Buenos Aires. Nuevas formas de Exclusión Social. Scripta Ethnologica. 2002: 59-80.

Scott J. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En Lamas, M. (Comp.) El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. México: PUEG-Porrúa; 1996.

Sopransi MB. Criticidad y relación: dimensiones necesarias de la ética en la psicología comunitaria. Zaldúa, G.(Comp.) Epistemes y prácticas en Psicología Preventiva. Buenos Aires: EUDEBA; 2011.

Spinelli H. La acción de gestionar y gobernar frente a las desigualdades: Un nuevo punto en la agenda de pensamiento crítico en América Latina. Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud [internet]. 2010 [citado 02 Mayo 2012]. Disponible en: http://www.sgp.gov.ar/contenidos/inap/investigacion/docs/ponencias_x_redmuni/Modernizacion/Mesa%201/SpinelliRedMuni2010.pdf

Spradley J. You Owe Yourself a Drunk An Ethnography of Urban Nomads. New York: University Press of America; 1988.

Strauss L, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia, 2002.

Teodori C. A los saltos buscando el "cielo": trayectorias de mujeres en situación de violencia familiar. [tesis de maestría] Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús; 2013.

Tiradentes L. Diagnósticos de enfermagem identificados en mulheres em situacao de rua. [Tesis de Maestría]. [internet], 2007 [citado 20 abr 2014] Disponible en: <http://tede.ung.br/handle/123456789/218>

Tortosa J. Feminización de la pobreza y perspectiva de género. Universidad de Alicante. [Internet] 2005 [citado 28 nov 2014] Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/14599>

Vasilachis de Gialdino I. Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa; 2011

Vieytes R. Metodología de la investigación en organizaciones, mercado y sociedad, epistemología y técnicas. Buenos Aires: Editorial de las Ciencias ; 2004.

Zaldúa G. y col. Territorios y Narrativas. Entre la reproducción y la transformación. Anuario de investigaciones. Fac. de Psicología, UBA; 2002.

Zaldúa G, Pawlowicz P. Proyectos de vida privados y públicos de mujeres adolescentes pobres con y sin hijos. Revista "Investigaciones en Salud", del Municipio de la Ciudad de Rosario. 2005.

Zaldúa G, Sopransi MB, Longo R. Vulnerabilidad, género y prácticas de autonomía, en en Zaldúa, G. & Bottinelli, M. (Comps) Praxis psicosocial comunitaria en Salud. Campos epistémicos y prácticas participativas. Buenos Aires: EUDEBA; 2010.

Zaldúa G, coordinadora. Epistemes y Prácticas de Psicología Preventiva. Buenos Aires: EUDEBA; 2011

APÉNDICES

APÉNDICE A – GUÍA DE ENTREVISTA.....124

APÉNDICE B – CONSENTIMIENTO INFORMADO127

APÉNDICE A - GUÍA DE ENTREVISTA

1.

- A. - Presentación de la investigación y de la investigadora.
 - Consentimiento Informado, se firmarán dos copias: se entregará una a la entrevistada y otra se archivará.

B. Datos personales⁹

Nombre	Edad	Procedencia Caba Otros	Se Trasladó X: Familiar Laboral Salud Otros	Permaneció X Familiar Laboral Salud Otros
Tiempo en sit. calle CABA Otros	Pernocte: calle parador hogar hotel	Zona Pernocte: ----- Desde hace:	Con quiénes: Sola Acompañada: - Amigxs - Familiares- - Pareja - Compañerxs - Otros	Hijxs Edades Donde
Trabajo/Ocupación:	Escolaridad	Estado civil		
Recibe ayuda:	Beneficios sociales:	Lugar por el q deambula:	Circuito institucional: -Comedores -Duchas -Roperío - Otros	¿Conoce las instituciones de salud? -¿Cuáles? -¿Cuando concurre?

C. ¿Cómo fue que quedaste en situación de calle?

- ¿Cómo es estar en situación de calle? ¿Qué problemas tenés (en general)?
- ¿Cómo es ser mujer en la calle? ¿Es diferente a ser varón? ¿Cómo? ¿Con qué lo asociás?

2. CIRCUITOS Y REDES

A. Vínculos institucionales

- Describime un día típico tuyo. ¿Por dónde te movés? ¿A qué lugares vas? ¿Con quienes estás? ¿Por qué vas a esos lugares y no otros? ¿Como son?

⁹ Para la realización de esta tabla, se ha tomado como referencia la entrevista social de médicos del mundo del programa salud en la calle.

- ¿A qué otros lugares vas seguido? ¿Por qué empezaste a ir? ¿Para qué? ¿Cada cuánto? ¿Conocés a la gente de ahí? ¿Qué te parece el lugar? ¿Te gusta? ¿Qué le cambiarías?

- ¿Hay otros lugares o instituciones o personas que tengas de referencia? ¿O que vayas si tenés un problema en general?

- ¿Hay algún lugar que te gustaría ir y no vas?

B. Lazos significativos y redes sociales (desafiliación/reafiliación):

- Me dijiste que en general parás con ----- (ver cuadrito). Además de ellxs, ¿Tenés otrxs amigxs/compañerxs/familiares con quienes tengas contacto? ¿Dónde viven? ¿Cómo es tu relación? ¿Cada cuanto te ves/hablás? ¿Cambió tu relación con ellxs desde que estás en la calle? ¿Cómo?

- ¿Tenías contacto otros familiares/amigos antes de estar en situación de calle? ¿Mantenés el contacto? ¿Cómo es ahora la relación? ¿Qué pasó?

- Desde que estás en la calle ¿Hiciste nuevos amigxs/compañerxs? ¿Quiénes? ¿Dónde viven/paran? ¿Cómo te llevás con ellxs? ¿Cada cuánto hablas/ los ves? ¿En qué situaciones lxs ves? ¿Cómo te sentís con ellxs?

- ¿Hay alguien con quien te gustaría tener (o volver a tener) contacto?

3. SALUD

A. Problemas de salud:

- ¿Cuáles han sido tus problemas de salud? Estando en calle? Y antes? ¿Hace cuánto que los tenés? ¿Algún problema crónico? ¿Con qué los asocias? (¿Por qué crees que lo tuviste?) ¿Cómo ha afectado tu vida? ¿Le contaste a tus familiares/compañerxs/amigxs de tu problema? ¿Te parece que si no estuvieras en situación de calle también los tendrías? ¿por qué te parece?

- ¿Cuáles te parece que son los problemas de salud más graves que has tenido? ¿Y los menos graves?

- ¿Cómo es estar enferma en la calle? ¿Cómo es ser mujer y sentirte mal en la calle? ¿Es diferente de cuanto te sentís mal y no estabas en situación de calle? ¿Es diferente que los varones?

Frente a “esos problemas” (hacer referencia específica al problema mencionado)

- ¿Qué hiciste?

- ¿Le pediste ayuda a alguien? ¿A quiénes?

- ¿Qué resultado obtuviste? ¿Te ayudó a resolver el problema? ¿Cómo?

- ¿Por qué crees que te ayudó/que NO te ayudó?

- ¿Cómo fue esa experiencia? (positiva/negativa, ¿Con qué tuvo que ver?)

- ¿Hubo algo/alguien que hiciera más fácil resolver el problema? ¿quién? ¿en qué te facilitó las cosas?

- Vos hiciste “x cosa”, ¿te hubiera gustado hacer algo diferente? ¿por qué no lo hiciste?

- ¿Tuviste de vuelta ese problema? ¿Qué hiciste?

-

Frente a esos problemas u otros:

- ¿Cuándo estuviste enferma/mal hubo alguien que te cuidó? ¿Recurrís a alguien en particular si necesitas ayuda? ¿A quiénes? ¿Por qué recurrís a ellos? ¿Te ha servido recurrir a ellos en el pasado? ¿Qué hicieron?

- ¿Vos qué hacés cuando algún compañerx/amigx/familiar está con un problema de salud?

- (depende del relato) ¿Sabías a en qué lugares podías pedir ayuda para tu problema? ¿Conocés los hospitales/salidas/ comedores/ etc donde dan atención para ...? ¿Sabías que podés pedir ayuda ahí?

- ¿Hubo algo que te hubiera gustado hacer y no hiciste? ¿o algún lugar que te gustaría haber ido? ¿Qué/Donde? ¿Por qué te parece no lo hiciste?

- Pensás que si no estuvieras en situación de calle ¿sería diferente? ¿hubieras hecho otra cosa? ¿Qué hubiera sido diferente?

B. Para prevenir y cuidar:

- ¿Hacés algo para NO enfermarte? ¿Qué? ¿Con quiénes? ¿Qué te ayuda a mantenerte sana?

- ¿Cómo cuidás tu salud? ¿Es diferente desde que estás en situación de calle? ¿Cómo? ¿Qué hacías antes para cuidarte?

- ¿Cómo hacen otras mujeres para cuidar de su salud? Las que están en situación de calle y las que no. ¿Son diferentes los cuidados de las mujeres a los de los varones en situación de calle? ¿Cómo? ¿A qué asociás esa diferencia?

- ¿Cuidás de la salud de otros? ¿Quiénes? ¿Cómo? ¿Qué hacés?

- ¿Otros te cuidan a vos?

- ¿Qué te gustaría hacer para cuidarte mejor?

C. ¿Crees que estar en situación de calle afecta tu salud? ¿Cómo?

D.

- ¿Te acordás de algún problema de salud que NO hayas podido resolver como vos querías? ¿A qué asocias que no hayas podido resolverlo?

- ¿Te acordás de algún problema de salud que hayas tenido y que pudiste resolver como vos querías? ¿A qué asocias que hayas podido resolver?

4. CIERRE: ¿Qué es lo que más te gustaría hacer en un futuro?

APÉNDICE B - CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente, acepto participar voluntariamente respondiendo a la entrevista de la Tesis “Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la Ciudad de Buenos Aires”, cuyo propósito es analizar la situación de salud de las mujeres en situación de calle.

Sé que mis respuestas a estos instrumentos sólo serán conocidas por la tesista y su directora y que ellas serán analizadas científicamente dentro del conjunto total de respuestas proporcionadas por las personas que participen, sin hacer referencia a la información entregada por ninguna persona en particular.

Declaro haber sido informado(a) que mi participación en este estudio será completamente voluntaria y anónima y que no recibiré ningún tipo de retribución económica por ella. Entiendo, además, que tengo derecho a negarme a participar o a suspender y dejar inconclusa mi participación cuando así lo desee, sin que deba explicar tal acción.

Manifiesto tener conocimiento de los riesgos y beneficios que la participación implica para mi persona.

He sido informado además que si lo deseo, podré conocer los resultados globales del estudio, una vez terminado.

En caso que lo estime necesario, durante cualquier etapa del estudio, podré contactarme con el Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús al teléfono (+54 11) 5533-5600 int. 5959/5960 - Mail: isco@unla.edu.ar, para plantear cualquier pregunta o duda sobre este estudio.

En consecuencia, por el presente documento, otorgo mi consentimiento voluntario e informado para participar en el estudio arriba descrito.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Entrevistadora: _____