

VIII Jornadas de Jóvenes Investigadores
Instituto de Investigaciones Gino Germani
Universidad de Buenos Aires
4, 5 y 6 de Noviembre de 2015

Paula Inés Tortosa – María Pía Pawlowicz

- Integrantes del Proyecto UBCYT 20020130100876BA consolidado. Tema: “Exigibilidad del derecho a la salud: prácticas instituyentes y dispositivos psicosociales en la zona sur de la caba”. Programación científica 2014-2017. Dir: Zaldúa. Sede en el Instituto de Investigación de Psicología.

- Tesista y Directora de la Tesis de Maestría: Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud de la Universidad Nacional de Lanús.

Maestranda Paula Tortosa (Tesis en proceso de evaluación) - Magister María Pía Pawlowicz.

tortosapaula@gmail.com

Eje 7. Cuerpo, política y subjetividad

Estrategias de atención de la salud de mujeres en situación de calle
en la Ciudad de Buenos Aires

Palabras clave: atención de la salud; género; situación de calle; subjetividad

RESUMEN

Las mujeres en situación de calle (MSC) sobreviven en condiciones de marginalidad en un territorio de opresiones producto de las desigualdades sociales y del sistema capitalista patriarcal.

El objetivo consistió en analizar las estrategias de atención en salud de MSC en la CABA partiendo de la perspectiva de las sujetas y desde los desarrollos de la Salud Colectiva y la Psicología Social Comunitaria.

Este trabajo se desprende de la Tesis: “Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la CABA” de la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud de la UNLA (en proceso de evaluación).

Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo con una estrategia metodológica cualitativa. Se administró una entrevista semi-estructurada a 9 MSC, contemplando los requisitos del consentimiento informado. El material se organizó en categorías y fue analizado desde una perspectiva hermenéutica-dialéctica.

El análisis de los resultados da cuenta de: los principales padecimientos que afectan a las MSC (situaciones de violencia, vulneraciones de derechos, sufrimiento mental y consumo problemático de sustancias psicoactivas); el conjunto de estrategias y recursos que emplean para resolverlos; y los procesos subjetivantes que han permitido el despliegue de autonomía.

INTRODUCCIÓN

En la Ciudad de Buenos Aires, al igual que en otras grandes urbes, se observan personas que pernoctan en plazas, en autos abandonados, en guardias de hospitales, debajo de puentes, en estaciones de tren y en distintos espacios de la vía pública. Es un fenómeno social que afecta mayoritariamente a varones. Sin embargo, también hay otros sectores que se encuentran menos visibilizados, en el caso de las mujeres las problemáticas y las situaciones de vulnerabilidad social se encuentran aún más profundizadas que los varones (Defensoría de la Pcia. de Córdoba, 2012).

Las historias de las mujeres que encuentran como única opción la calle están marcadas por diversos procesos de vulneración de derechos y desarrollan su cotidianeidad en contextos de precariedad material. La calle condensa un territorio de inequidades sociales y opresiones producto del sistema capitalista patriarcal. A pesar de esto, las MSC 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.

El presente trabajo se desprende de la Tesis: “Trayectorias de atención y cuidado de la salud de mujeres en situación de calle en la CABA” de la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud de la UNLA (en proceso de evaluación). Este artículo se centra en los padecimientos percibidos por las mujeres y las estrategias desarrolladas para intentar solucionar lo que perciben que afecta su salud.

Experiencias en calle

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). 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, 2012). Estos padecimientos se ven agravados y complejizados por la situación de exclusión social, incidiendo en la esperanza de vida (Médicos del Mundo, 2012).

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). Durante el año 2009 se registraron denuncias en las defensorías porteñas hechas por PSC, respecto a un grupo denominado Unidad de Cuidado del Espacio Público dependiente del GCBA (UCEP) por ejercer violencia física hacia PSC (Defensoría del Pueblo, 2009; Veiga, 2010a). A su vez, altos funcionarios del GCBA decidieron iniciar causas legales en contra de los padres de un bebé de 25 días que falleció de una neumopatía, en el invierno del 2010 cuando se encontraba con su familia en situación de calle (Veiga, 2010b).

Al focalizar específicamente en la situación de las mujeres, la problemática está, a su vez, atravesada por los procesos 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). 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). En consecuencia, en el caso de las mujeres, la situación de calle es considerada un doble *proceso opresivo* en el que se entrecruzan inequidades sociales y de género (Pardis, 2009).

Tanto por parte del Estado porteño, diferentes organizaciones y personas implementan dispositivos que buscan dar respuestas a los problemas de las PSC. No obstante, muchas de estas prácticas aparecen en forma fragmentada y aislada haciendo un recorte parcial de la problemática. Respecto a los establecimientos de asistencia, tanto gubernamentales como de ONGs, se observa que están destinados mayoritariamente a varones en situación de calle y muchas veces no cuentan los elementos de higiene básica específicos para mujeres (Andreozzi, 2010). Esto implica una discriminación en las prestaciones. También, muchas mujeres que son madres y se encuentran en situaciones de extrema pobreza e indigencia sufren procesos de *culpabilización* por parte de instituciones sociales, educativas y sanitarias, frente a algunos descuidos (Zaldúa, 2011).

Género y situación de calle

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 (Boy, 2010) 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 mandatos socioculturales que asocian a las mujeres como tuteladas y dependientes de un otro y a los varones como proveedores a través del trabajo, y a la mayor facilidad para generar y tejer redes sociales, lo cual puede funcionar como sostén emocional y socio-económico (Tiradentes, 2007; Boy, 2010).

La situación de las mujeres también involucra otras particularidades. Por un lado, 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).

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

OBJETIVO

El objetivo consistió en analizar las estrategias de atención en salud de MSC en la CABA partiendo de la perspectiva de las sujetas y desde los desarrollos de la Salud Colectiva y la Psicología Social Comunitaria.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo con una estrategia metodológica cualitativa (Minayo 2009).

La población de estudio, MSC, ha sido menos estudiada que la de los varones en la misma situación, y esto se explica en principio en que es un fenómeno más frecuente (86% vs. 14%) entre los varones. Según los últimos datos del GCBA son 876 las personas adultas que se encontraban pernoctando en la calle al momento del conteo ocular nocturno (Pallares & Ávila, 2014; Rosa, 2013). Si la definición se amplía a los términos que propone la Ley 3706/10 de CABA que incluye a: personas 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; población afectada por desalojos y personas en asentamientos precarios y viviendas ocupadas (Boy, 2010;

Ley 3706/10; Médicos del Mundo, 2012). Tomando en consideración esta definición la ONG Médicos del Mundo estima 16.353 PSC.

La muestra de 9 MSC fue intencional y no probabilística, de tipo: intensiva, viable y accesible y pertinente respecto de los aspectos, la modalidad y el encuadre metodológico propuesto (Patton, 1990). Estuvo sujeta al criterio de *saturación conceptual*¹ y se basó en la selección de casos ricos en información para realizar un estudio en profundidad (Vieytes, 2004).

Los criterios de inclusión en la muestra fueron: que las mujeres hayan tenido experiencia en calle de por lo menos seis meses y que aceptasen participar voluntariamente del estudio.

Las edades de las mujeres que conforman la muestra oscilaron entre los 22 y los 64 años: cuatro de ellas tenía entre 22 y 30 años, dos entre 31 y 40 años, una entre 41 y 50, otra entre 51 y 60 y finalmente una de 64 años. Con respecto a su situación particular: algunas han tenido experiencia de pernocto en la vía pública, en paradores, hogares del gobierno, en hoteles /pensiones mediante el subsidio habitacional, en locales abandonados y en casillas improvisadas en espacios públicos. La escolaridad de las MSC entrevistadas: 3 con primaria incompleta, 2 de las cuales se consideran analfabetas; 2 con secundaria incompleta; 3 secundaria completa; y 1 con terciario incompleto.

Se administraron entrevistas *semi-estructuradas en profundidad* que resultaron una estrategia pertinente para la comprensión de las experiencias vividas relacionadas a las trayectorias en salud confeccionando Historias de Vida temáticas complementadas con esquemas gráficos organizados por eventos. Este instrumento se trianguló como *observación simple y participante* que permite incorporar el contexto de producción de los datos (Minayo, 2009).

El trabajo de campo se realizó entre julio de 2014 y marzo de 2015, y la inmersión en el campo fue facilitada gracias a la experiencia de trabajo previo de la tesista con PSC en distintos ámbitos, los contactos y conocimiento de informantes clave e instituciones que trabajan en la temática. Las entrevistas se realizaron a distintas horas (varias a la noche) y en distintos ámbitos, priorizando el tiempo y lugar adecuado para las mujeres: 2 en la vía pública, 1 en un comedor, 2 en una institución educativa para chicos/as en situación de

¹ La saturación conceptual se produce cuando al analizar un determinado número de casos, el equipo de investigación tiene “la impresión de no aprender nada nuevo, al menos en lo que concierne al objeto de la entrevista” (Bértaux, 1980:62).

calle, 1 en una institución educativa, 1 en un hogar y 2 en un centro en el que realizan talleres con mujeres. En todos los casos se aplicó un consentimiento informado.

El material empírico se organizó en categorías mediante la utilización del Software Atlas Ti y fue analizado desde una perspectiva hermenéutica-dialéctica (Minayo,2009).

RESULTADOS

Las situaciones de calle descritas son complejas y dinámicas configurando territorios al que las mujeres “entraron” 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.

La calle presentó para las mujeres un escenario hostil, ocupado mayormente 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.

Padecimientos de las MSC

Los principales padecimientos que afectan a las MSC son situaciones de violencia, vulneraciones de derechos, sufrimiento mental y consumos problemático de sustancias psicoactivas. También se registraron padecimientos relacionados a enfermedades crónicas como: anemia, diabetes e hipertiroidismo; así como padecimientos estacionales relacionados con el sistema respiratorio (broncoespasmos), infecciones de transmisión sexual (sífilis) y otros padecimientos con diagnósticos indefinidos

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 episodios de violencias fueron recurrentes en los relatos y transcurren en –por lo menos– dos escenarios diferenciados: la calle y en ámbito familiar/ “privado”. Algunas relatan que han “entrado” en la calle en busca librarse de las violencias que percibieron en sus familias. El recuerdo de esas experiencias vividas se encuentra presente en la calle y es mencionado como causa de sufrimiento. Por su parte, los episodios violentos que experimentan se encuentran relacionados con 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, como Susana que muestra marcas de cicatrices en el antebrazo por el uso inyectable de cocaína y pasta base, y por cortes que se causó para aliviar el dolor en momentos de abstinencia (*“hasta hace poco me cortaba los brazos, tengo estas marcas”*). 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 porque la asocian con la *experiencia en calle* (*“es difícil estar en la calle sin drogarse”*).

La calle tiene fuertes impactos sobre la salud de las mujeres, agravando condiciones preexistentes, y propiciando la aparición de nuevos padecimientos. Romina describe cómo ha tenido *“mucha tos, muchos dolores de espalda, y dolores de huesos”* y expresa que recrudeció su malestar:

“Cambió 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).

Distintas problemáticas frecuentes y controlables tales como: diabetes, anemia e infecciones odontológicas, adquieren dimensiones más agudas durante la experiencia en calle. 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 la calle te arruinan la vida”, “la calle te trae, te guste o no, te trae enfermedad”). 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” (Gisel, 29 años).

En definitiva, las condiciones *mal-sanas* en las que las MSC desarrollan su vidas se presenta como un destino del que, aparentemente, no se puede escapar, porque se encuentra estrechamente ligado a los modos de vida que permite la situación de calle. Estos reproducen, profundizan y generan padeceres diversos.

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

Las dimensiones macro sociales que atraviesan los procesos de exclusión social tienen un impacto en los cuerpos y en la salud. En ese aspecto, el p/s/e/a/c se encuentra atravesado por múltiples dimensiones: condiciones sociales, económicas, laborales, habitacionales, higiene, alimentación y lazos sociales. En las formas de padecer 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.

Por otro lado, a pesar del destino fatalista que propone la calle, se observa que y varias de las MSC han desarrollado estrategias para producir *actos en salud* a pesar de las vicisitudes.

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).

“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 (Médicos del Mundo, 2012; Ávila & Pallares, 2014). 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).

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

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: 83). Lo que se agencia proviene del magma de significaciones imaginarias sociales disponibles (Fernández, 2007: 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*”, “*Yo soy luchadora*”). 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.

Estrategias y recursos

Las trayectorias de atención en salud articulan diversas modalidades de respuesta frente al malestar y el dolor (“*Voy a una salita a veces*” - “*Me medico yo misma*” - “*Voy de mi amiga*” - “*Me atiendo acá en la plaza con una ONG*” - “*Voy a una iglesia Evangélica*”).

Las prácticas de autoatención, la biomedicina y formas tradicionales y populares, fueron las más destacadas, las cuales varían de acuerdo a: los diagnósticos que ellas mismas realizan y los recursos con los que disponen (Menéndez, 2009). No nos referimos a recursos materiales o económicos solamente, sino a un vasto despliegue de recursos sociales y simbólicos que han ido identificando en la búsqueda de resolución de sus padecimientos.

Las entrevistadas utilizan estrategias relacionadas con formas biomédicas, como 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 de los distintos tipos de prestaciones (“*Me salvaron la vida*”). En algunos casos esta relación con algunas/os trabajadores/as comprometidos ha propiciado encuentros que produjeron otras formas de reconocerse y procesos subjetivantes (Mery & Franco, 2011)

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.

“...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).

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 procesos de restitución de derechos que emprenden para mejorar sus condiciones de salud.

Los modos de la atención biomédicas, no son 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 (2009) 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 y es un lugar de pertenencia para algunas de las entrevistadas.

También, las MSC han sabido utilizar otras redes y recursos:

“Ellas (chicas de una ONG) 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).

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

En lo que concierne a las prácticas de cuidado, se observó una polisemia de sentidos. Por un lado, varias de las MSC se desempeñan como cuidadoras, función que apareció naturalizada en prácticas y sentidos asociados a la maternidad (Esteban, 2003). Otras formas que las MSC consideraban como parte del cuidado de su salud se relacionaron con la formación mediante el estudio. No obstante, la posibilidad de estudiar se vio postergada debido al contexto socio-económico y la demanda rol de cuidadoras y jefas de hogar.

Estas diversas formas de atender y cuidar de lo que perciben como afectando su salud, ha desencadenado procesos en relación a prácticas de autonomía y empoderamiento. Se destaca cómo en encuentro con otros/as trabajadores de la salud y curadores han podido sentirse reconocidas como sujetas y emprender procesos de restitución de derechos.

CONCLUSIONES

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. Diversas son las problemáticas de salud que las afectan y la situación de calle pareciera profundizar aún más los padecimientos, siendo significada incluso como un padecer en sí mismo. En ocasiones es interpretado como un “destino fatalista” al implicar un modo de vida particular que reproduce condiciones indignas basadas en inequidades sociales. Sobreviven en condiciones mal-sanas, no pudiendo ejercer plenamente su ciudadanía.

Sin embargo, la experiencia de sobre-vivir en calle para las mujeres aparece desafiante, logrando agenciarse frente a la devastación de lo perdido. Esto se observa en las estrategias de atención implementadas en las que combinan distintas modalidades de respuesta frente al malestar y el dolor y despliegan una diversidad de recursos. En particular se observaron articulaciones entre: la autoatención, la biomedicina y formas tradicionales y populares.

En conclusión, el contexto en el que se desarrollan las vidas de las MSC se caracterizan por la opresión y la exclusión. No obstante, en sus trayectorias, mediante el encuentro con otros/as, las mujeres han podido re-significar estas experiencias en historias de supervivencia, lucha y resistencia. 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, pudiendo desplegar otros procesos subjetivantes y poniendo en despliegue su autonomía.

BIBLIOGRAFÍA

- Andreozzi A. Mujeres en Calle (2010, septiembre 23). Página 12, Psicología. [en línea]. [consulta: 7 de mayo 2013]. < <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-153619-2010-09-23.html> >
- Asamblea General de Naciones Unidas. 1993. Declaración sobre la eliminación de violencia hacia la mujer. [en línea] .[consulta: 2 may 2014] <http://www2.ohchr.org/spanish/law/mujer_violencia.htm>
- Bértaux, D. (1980) *El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades*. en: Acuña, Víctor Hugo (Editor) *Historia oral e historias de vida*. Flacso-Costa Rica, San José.
- Boy, M. (2010). *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.
- Breilh, J. (2009). *Hacia una construcción Salud emancipadora del derecho a la salud. Programa Andino de Derechos Humanos. Quito, Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador*.
- Cabrera, P. (1999). *Mujeres sin hogar en España. Informe Nacional para FEANTSA*. [en línea] [consulta: 10 abr 2014]. <http://www.noticiaspsh.org/IMG/pdf/FEANTSA_2000_Informe_espanol_Mujer-2.pdf>

Chant, S. (2003). *New Contributions to the Analysis of Poverty. Methodological and Conceptual Challenges to Understanding Poverty from Gender Perspective. CEPAL, Chile.* [en línea] [consulta: 25 feb 2014].

<<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/6/13156/lcl1955i.pdf>>

Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires. Octubre 2009. *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)- [en línea] [consulta: 19 de dic 2012]< <http://www.defensoria.org.ar/noticias/532.php>>

Defensoría del Pueblo de la Provincia de Córdoba. Agosto 2012. *Mujeres en situación de calle: Una aproximación reflexiva desde la perspectiva de género.* [en línea] [consulta 1 may 2014].

<<http://www.defensorcordoba.org.ar/archivos/publicaciones/ipsc2012mujeres.pdf>>

Deleuze, G., Parnet, C. (1980). *Diálogos.* Valencia:Pre-textos.

Esteban, M. L.(2003). Cuidado y salud: costes para la salud de las mujeres y beneficios sociales. Género y cuidados: algunas ideas para la visibilización, el reconocimiento y la redistribución. *Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado.* [en línea] [consulta :1 may 2014]: 63-84..

<https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Boletin_ECOS/10/Genero_y_cuidados.pdf>

Fernández, A.M. (2007) *Las lógicas colectivas: imaginarios, cuerpos y multiplicidades.* Buenos Aires: Biblos.

Herrero, I. (2003). Mujeres sin hogar y violencia de género: la triple invisibilidad. *Cuadernos de trabajo social*, (16), 265-268. [[en línea] [consulta: 3 agosto 2011] 16: 265-268.

<<http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0303110265A>>

Kornblit, A. (2007). coordinadora. *Metodologías cualitativas en Ciencias Sociales. Modelos y procedimientos de análisis.* Buenos Aires: Biblos; 2007.

Ley N° 3706 (2010) *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. [en línea] Disponible en:

<<http://www.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley3706.html>>

Matus, C. N. (2013). Mujeres en situación de calle más allá del andar cotidiano. *Revista Sociedad y Equidad*, (5). [en línea] [consulta: en 12 abril 2014]; 5(1):188-212.

<<http://revistaurbanismo.uchile.cl/index.php/RSE/article/viewArticle/26324>>

- Médicos del Mundo (MDM) (2012) *Informe Salud en la Calle* [en línea] [consulta :el 10 abril 2014] <<http://www.mdm.org.ar/informe>>
- Menéndez, E. (2009) *De sujetos, saberes y estructuras*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Merhy, E.E, Franco TB.(2011) El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*. 7(1):9-20.
- Minayo, M.C. (2003). *Investigación Social. Teoría, método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Minayo, MC. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Pallares, G, Ávila H. (2014) *La calle no es un lugar para vivir, auto-organización y situación de calle en la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires.
- Paradis, P. (2009) *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. [en línea] [consulta 24 febrero 2015] <<https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/19158> >
- Patton, M. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Sage: London.
- Pecheny, M. (2009) *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. [en línea] [consulta el 4 de junio 2014].
<http://paperroom.ipsa.org/app/webroot/papers/paper_678.pdf>
- Rosa, P. C. (2013). ¿ Cuántos son, quiénes son los habitantes de la calle?: Acercamientos a las cifras. *Trabajo y sociedad*, (21), 563-577. [en línea] [consulta 01-02.2015].
<http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1514-68712013000200033&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1514-6871
- Scott, J. (1996). *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.
- Tiradentes L. (2007) *Diagnósticos de enfermagem identificados en mulheres em situacao de rua*. Tesis de Maestría. [en línea] [consulta 20 abr 2014] <<http://tede.ung.br/handle/123456789/218>>
- Veiga G. (2010a, Mayo 7). La UCEP, con otro nombre y reciclada. *Página 12*. [[en línea] [consulta el 27 Junio, 2011] < www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-145270-2010-05-07.html >

Veiga, G. (2010b, Agosto 9). ¿Hace cuánto que estamos en la calle?. *Página 12* [en línea] [consulta el 2 Julio, 2011]

< <http://www.pagina12.com.ar/imprimir/diario/elpais/1-151002-2010-08-09.html> >

Vieytes, R. (2004). *Metodología de la investigación en organizaciones, mercado y sociedad: epistemología y técnicas*. Editorial de las Ciencias.

Zaldúa, G., Botinelli, M. M., Lodieu, M. T., Perez Chavez, K., Pawlowicz, M. P., Gaillard, P., & Nabergoi, M. (2003). Salud mental: territorios y narrativas entre la reproducción y la transformación. *Anu. investig.-Fac. Psicol., Univ. B. Aires, 10*, 223-231.

Zaldúa, G. (2011). *Epistemes y Prácticas de Psicología Preventiva*. Buenos Aires: EUDEBA.