

Por el derecho a la IVE periurbana: Discusiones a partir de una investigación etnográfica en un barrio popular de Mar del Plata, Argentina

For the right to peri-urban abortion: Discussions based on an ethnographic research in a popular neighborhood of Mar del Plata, Argentina

Almendra Aladro •

Resumen

Esta investigación se motiva en los emergentes de un trabajo doctoral en curso que explora el acceso al derecho a la ciudad desde el punto de vista de las mujeres en un barrio periurbano de la ciudad de Mar del Plata. El avance de la pesquisa se tropezó con relatos que problematizaban el acceso a la salud sexual y (no) reproductiva por parte de las entrevistadas lo que, sumado a la conquista histórica del derecho al aborto en el año 2020, llevó a dos interrogantes: ¿cuáles son las condiciones en las que actualmente las mujeres del barrio Nuevo Golf de la ciudad de Mar del Plata acceden a la atención primaria de la salud sexual y (no) reproductiva? ¿Qué experiencias fueron ya discutidas y qué estrategias fueron consensuadas sobre esta temática al seno del Encuentro Nacional de Mujeres en tanto espacio político? Mediante el análisis de discurso y documentos, este artículo busca generar un aporte para el efectivo acceso a la interrupción voluntaria del embarazo desde una mirada territorializada del derecho a la salud y la ciudadanía sexual.

Palabras clave: derechos sexuales y reproductivos – aborto – derecho a la ciudad – derecho a la salud – estigmatización territorial

Abstract

This study is derived from current doctoral work, which explores access to the right to the city from the point of view of women in a peri-urban neighborhood of the city of Mar del Plata. During the progress of the investigation I came across stories that problematized access to sexual and (non) reproductive health on the part of the neighbors, which, together with the historical conquest of the right to abortion in 2020, led to the realization of the Next question: what are the conditions in which women in the Nuevo Golf neighborhood of the city of Mar del Plata currently access primary sexual and (non) reproductive health care? What experiences were discussed and what strategies on this issue were agreed upon within the Encuentro Nacional de Mujeres (National Women's Meeting) as political space? Through the analysis of discourse and documents, this article seeks to generate a contribution for effective access to the voluntary termination of pregnancy from a territorialized view of the right to health and sexual citizenship.

Keywords: sexual and reproductive rights – abortion – right to the city – right to health – territorial stigmatization

Introducción

Este artículo parte del interés inicial de visitar nuevamente el concepto de derecho a la ciudad acuñado por el sociólogo francés Henri Lefebvre a finales de la década de 1960 desde los feminismos marxistas en general y, más específicamente, desde la Teoría de la Reproducción Social. En este afán, se buscó (y busca) volver a unir el estudio de la explotación y la opresión para el análisis del fenómeno urbano contemporáneo devolviendo su valor político a la vida cotidiana que se desarrolla en las ciudades y proponiendo una estrategia etnográfica que recupere el “punto de vista de las mujeres” como fue definido por Dorothy Smith (1987; 2005).

Durante esta tarea en un barrio periurbano de la ciudad de Mar del Plata – desarrollada en una investigación doctoral que aun se encuentra en curso –, las entrevistadas problematizaron el acceso a los derechos sexuales y (no) reproductivos al dar cuenta del déficit de atención primaria de la salud con el cual conviven a diario. Ni los estudios urbanos ni los de género han sistematizado saberes en relación a las violaciones de estos derechos fundamentales derivadas de las barreras geográficas, lo cual es particularmente grave al tener en cuenta la extensión y especificidades de cada región de la Argentina donde la cercanía o lejanía de los grandes centros urbanos es un factor determinante para el acceso a los derechos humanos.

Así, frente a la conquista del derecho al aborto en 2020 y los devenires judiciales desatados desde entonces, se hizo necesario un pequeño paréntesis en la investigación original ante una pregunta que resonaba ante cada tarea en territorio: ¿cómo se va a garantizar el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en las ciudades intermedias cuyo periurbano crece a ritmo acelerado? Ese paréntesis se llenó con los resultados obtenidos gracias a una estrategia etnográfica que se propuso generar un aporte para una mirada territorializada del derecho al aborto y que aquí se presentan.

El escrito se estructura en cuatro partes. En la primera se expone el marco teórico que lo reviste, el cual se subdivide en tres apartados destinados a dar claves conceptuales sobre urbanismo capitalista y reproducción de la fuerza de trabajo, atención primaria y promoción de la salud, y derechos sexuales y (no) reproductivos. En la segunda se realizan las aclaraciones metodológicas que permiten conocer tanto el contexto en el que se detectaron los emergentes territoriales como la forma en la que se continuó en ese camino de indagación. La tercera parte presenta los resultados obtenidos y, finalmente, la cuarta parte expone las conclusiones.

Ciudad y reproducción social

La Teoría de la Reproducción Social (SRT por sus siglas en inglés) ha sido revitalizada durante la segunda década del siglo XXI y, sobre la base de los aportes iniciales de Lise Vogel (2013 [1987]), propone visitar los conceptos definidos por el marxismo poniendo en el centro de la reproducción de la sociedad como una totalidad a la fuerza de trabajo. Así, la SRT se pregunta: “Si la labor de los trabajadores produce toda la riqueza en la sociedad, ¿quién produce al trabajador?”¹(Bhattacharya, 2017:1). Por los flujos de circulación capitalista y mediante un “*act of ‘necromancy’*” (Bhattacharya, 2017:7), las mercancías que aparecen bajo apariencia social - y se manifestaban solamente como valor de uso - se transforman en valor de cambio. La fuerza de trabajo se transforma en mercancía sin someterse a esa “necromancia” como otras mercancías, y eso, según Bhattacharya, sugiere que la explicación de la fuerza de trabajo va mucho más allá de la diferenciación entre producción y reproducción.

La regulación de la reproducción social contemporánea requirió el reconocimiento de la insuficiencia de la familia nuclear para renovar de manera individual la fuerza de trabajo y generó instituciones a su servicio: escuelas, hospitales, espacios de recreación, sistemas previsionales y de seguridad social. El espacio social del capitalismo financiero, urbanizado y totalizador, produce, contiene y regula el acceso y el goce de estas instituciones. Las ciudades también son espacios en los que gran parte del trabajo de reproducción social puede convertirse en mercancía, ya que cuando éste se realiza de forma asalariada produce una gran cantidad de valor, por lo que es, a la vez trabajo reproductivo de la fuerza de trabajo y productivo de valor en el sentido capitalista del término (Bhattacharya & Arruzza, 2020).

Topalov afirma que el valor de uso de la ciudad capitalista subyace en el hecho de que es una fuerza productiva en tanto concentra las condiciones generales de la producción capitalista (Topalov, 2006 [1979]) y, desde allí, definió a la ciudad como “forma de la socialización capitalista de las fuerzas productivas (Topalov, 2006 [1979]:9) o “fuerza productiva socializada” (Topalov, 2006 [1979]:13), donde se concentran la producción y reproducción de la mano de obra y existen los medios de producción preconstituidos. Por ello, la ciudad tiene que proveer al capital las condiciones para la reproducción ampliada de la fuerza de trabajo (Topalov, 2006 [1979]) lo que se traduce, desde un entendimiento

¹ La traducción me pertenece.

espacial, en dos espacios separados pero condicionados: puntos de producción de valor y espacios de reproducción de la fuerza de trabajo (Bhattacharya, 2017).

La urbanización capitalista no impone su lógica solamente a la producción de mercancías, sino que también configura “dos procesos de reproducción social diferenciados que objetivan dos tipos de trabajadoras distintas al momento en que éstas llegan a las puertas de capital para vender su fuerza de trabajo” (Bhattacharya & Arruzza, 2020). El capitalismo controla el tipo de mano de obra disponible también mediante la inaccesibilidad de bienes y servicios de la esfera pública vinculados a la reproducción social – escuelas, espacios de ocio, centros de atención de la salud, entre otros – que genera la marginación de los barrios populares.

Atención primaria y promoción de la salud desde una perspectiva territorial

Los servicios de salud son parte del desarrollo urbano destinada a la reproducción social (Bhattacharya & Arruzza, 2020) y, al igual que la ciudad como derecho, su acceso y goce cuenta con sesgos de género y clase respectivamente (Aladro, 2020). A su vez, la ciudad puede ser un factor de riesgo para la salud para los grupos desaventajados por la forma de distribución de las desigualdades y también por la localización de los mismos en lugares con condiciones ambientales, físicas y sociales insalubres (Freidin et al, 2020). Este objeto, a claras complejo, puede ser observado desde prismas muy variados. Aquí se prefiere hacer una reconstrucción teórica que privilegie los aportes disciplinares de la Geografía y el Derecho, dado que la compulsa realizada durante la investigación da cuenta de que son los campos en los que se matizan un poco los aportes metropolitanos². El sistema sanitario en Argentina es mixto, descentralizado, fuertemente solventado desde el mundo laboral y con prestaciones de naturaleza privada y pública (Maceira, 2020). Pese a que muchas de las políticas de ajuste del menemismo fueron de una implementación un poco más resisitida en este sector, lo cierto es que la priorización de la especulación empresarial por sobre el derecho humano a la salud resultó en una administración descentralizada profundamente inequitativa desde un análisis federal (Veronelli & Veronelli Correch, 2004).

² Durante la profusa evaluación que generosamente han realizado pares de la comunidad académica de manera anónima, se ha indicado con mucho acierto que el marco teórico puede resultar a primera vista insuficiente por la exclusión de autores de la Sociología Urbana que tienen ya su peso específico, como Ramiro Segura, Sergio Caggiano o Nora Rabotnikof. La contribución posible de sus escritos al objeto es indudable pero, el hecho de que la investigación se haya desarrollado en una ciudad intermedia como Mar del Plata inclina la balanza hacia la preferencia de otro tipo de aportes.

En la provincia de Buenos Aires los centros de atención primaria de la salud (en adelante CAPS) se encuentran descentralizados hacia los municipios, característica que ata el acceso al derecho a la salud al desarrollo geográfico regional y, en consecuencia, se encuentra entre las causas principales de litigio judicial en la materia (Clérico & Vita, 2018). Si bien inicialmente la descentralización de los CAPS se justificó en un cambio de paradigma comprometido con la participación social, las políticas neoliberales de la reproducción social afectan los servicios de salud con recortes y desfinanciamiento y trasladan esa carga de la reproducción social en las familias (Bhattacharya & Arruzza, 2020). En consecuencia, estas instituciones se transformaron en espacios de asistencia de los sectores de menores recursos que definen un conjunto de prestaciones básicas de primer nivel sin integración con otras de mayor complejidad. (Logroño, 2018). En este sentido, se ha resaltado la necesidad de dar una mirada local al análisis del litigio en salud para dar cuenta de los diferentes condicionantes de la salud y variables locales que pueden generar diferencias o complejizar los resultados regionales o locales (Clérico & Vita, 2018).

La estigmatización territorial genera tanto privaciones específicas como estrategias colectivas (Freidin et al, 2020) y es dentro de estas últimas donde pueden ser ubicada la figura de promotor comunitario de la salud, posteriormente reconocida por la Ley Provincial 14821 como una forma de agencia de la atención primaria de la salud y como puente entre los servicios de salud y los barrios (Logroño, 2018). Frente al retiro selectivo del Estado de los barrios populares reflejada en la desprovisión de servicios básicos que impacta en los derechos humanos de sus vecinos y vecinas, algunos municipios bonaerenses dan gran centralidad a las promotoras de salud, quienes aquí son nombradas en femenino por ser abrumadora mayoría en jurisdicciones como La Plata y ejercen su rol en estrecha relación con la reproducción social que desarrollan en sus propios hogares en asistencia a otras mujeres (Logroño, 2018), mientras que en otros, como en General Pueyrredón, la figura ha sido fuertemente vapuleada, con un número ínfimo de personal en situación de contratación irregular para cuatro los treinta y seis establecimientos³, desterritorializando las políticas de acceso a la salud junto con el recorte en programas de los CAPS destinados a una mayor participación vecinal y ciudadana.

³ Esta información pudo ser reconstruida al conocerse el reclamo de las promotoras de salud por la regularización de su situación laboral, dado que cobran salarios de miseria bajo la modalidad de “becas” sin aportes jubilatorios ni obra social. Ver: Redacción 0223 (4 de noviembre de 2021). “Promotoras de la salud denuncian que hace 8 años están en negro”. Disponible en: <https://0223.com.ar/nota/2021-11-4-13-2-0-promotoras-de-la-salud-denuncian-que-hace-8-anos-estan-en-negro/> [Fecha de consulta: 4 de noviembre de 2021]

Derechos sexuales y (no) reproductivos

La lucha por los derechos sexuales y (no) reproductivos vincula derechos, ciudadanía y salud (Juárez Herrera y Cairo, 2009) y es el síntoma de las necesidades del capital respecto de la producción y reproducción de mano de obra asalariada (Luparello, 2017). Susan Ferguson afirma que el poder social del capitalismo se mantiene encontrando maneras de regulación de la reproducción social en general y de las capacidades específicas de las mujeres para reproducir la siguiente generación en particular (Ferguson, 2016) lo cual, al estudiar esta temática se traduce en indagar en las condiciones y propósitos de la reproducción humana, y cuál es el trabajo necesario para producir y reproducir la fuerza de trabajo en una sociedad en un tiempo y lugar determinados (Luparello, 2017).

El lema histórico de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito imbrica actualmente 3 hitos normativos conquistados por mujeres y disidencias: las leyes 26150 (Programa Nacional de Educación Sexual Integral), el bloque formado por la 25673 y la 26130 (Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, y Régimen para las Intervenciones de Contracepción Quirúrgica, respectivamente) y la 27610 (Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo). Junto con la Ley 26862 (Acceso Integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida), la 26618 (Matrimonio igualitario), la 26743 (Identidad de género), la 25273 (Régimen especial de inasistencias justificadas por razones de gravidez para alumnas de enseñanza general básica), la 25808 (prohibición de acciones institucionales que impidan la continuidad de los estudios de estudiantes en estado de gravidez o lactancia y en su carácter de progenitores), la 25929 (Ley de Parto Respetado) y la 26485 (Protección Integral a las Mujeres), estas son las normas que constituyen el marco legal que reconoce, en armonía con el Bloque Constitucional Federal, el plexo de derechos sexuales y (no) reproductivos en Argentina.

Éstos son más que componentes del derecho a la salud porque ponen en juego, también, la autonomía personal y la libertad de disposición del cuerpo y de la sexualidad (Brown et al, 2013), superan el paradigma de la familia nuclear heterosexual (Monte & Gavernet, 2012), y mueven la acción del Estado para la quita de barreras y las acciones de aseguramiento del acceso igualitario y efectivo a los servicios a cargo de la ejecución de las políticas positivas en la materia (Peñas Defago, 2012).

El acceso a la información y los métodos anticonceptivos es parte de la faz negativa de la reproducción, es decir, del derecho a no reproducirse (Spaventa, 2018) y se enmarca, además, en el debate por la ciudadanía sexual ya que con ello se debate la consideración

de que las mujeres ya no necesitan tutela para tomar decisiones sobre sus propios cuerpos y su propia vida (Cano, 2016). Históricamente, esa potestad sobre el propio cuerpo fue cercenada por estrategias en función de las necesidades del capital que exceden la reproducción humana y hasta abarcan otro tipo de decisiones como el lugar en el que vivimos, el tipo de trabajo que realizamos y con qué nos alimentamos (Luparello, 2017). El derecho a la salud sexual y (no) reproductiva implica el acceso a servicios de salud de calidad, información acorde a los servicios disponibles, la posibilidad de decidir libremente sobre la procreación, entre otros (Peñas Defago, 2012). Con respecto al acceso a servicios de salud específicamente, se ha afirmado la necesidad de aplicar abordajes que permitan dirigir las políticas públicas hacia la meta de la inclusión social (Peñas Defago, 2012).

El derecho a la interrupción voluntaria del embarazo quedó regulado de forma mixta, en tanto es una cuestión temporal la que lo delimita como derecho vinculado a la salud - hasta las 14 semanas de gestación - o como un hecho que podrá o no estar bajo las causales de justificación estipuladas en el derecho penal - luego de las 14 semanas de gestación -. Es importante aquí destacar que la actual legislación no impone la realización de esta práctica por un médico diplomado en reconocimiento del aborto medicamentoso y, en principio, considerando las barreras geográficas que pueden impedir el acceso a este derecho (Hopp, 2021). Sobre esta última buena intención legislativa hace hincapié esta pequeña investigación.

Continuidades metodológicas

Como se indicó inicialmente, este trabajo surge de los emergentes etnográficos producidos en el marco del plan de trabajo “Desafíos y perspectivas para el acceso al derecho a la ciudad desde el ‘punto de vista de las mujeres’” en el marco de una beca interna doctoral (2017-2023) otorgada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) que se desarrolla actualmente en el Centro de Investigación y Docencia en Derechos Humanos “Dra. Alicia Moreau” (UNMDP), cuyo objetivo general es analizar específicamente la dimensión del acceso al derecho a la ciudad a partir del “punto de vista de las mujeres” (en tanto grupo excluido de manera “privilegiada” de la esfera pública) a nivel federal, indagando en los debates suscitados en el Encuentro Nacional de Mujeres, y a nivel local, dando cuenta de la experiencia situada de mujeres habitantes del barrio popular Nuevo Golf, ubicado en el periurbano de la ciudad de Mar del Plata.

El estudio de tipo cualitativo se despliega persiguiendo la meta de producir conocimiento situado desde la Etnografía Institucional propuesta por Dorothy Smith (1986;2004) para generar un conocimiento en el que las experiencias de las mujeres y varones de clase trabajadora son percibidos como legítimos y valorizados en un intento de superar “las consecuencias legales que surgen cuando no se comprende lo que se escucha porque los conocimientos retóricos disponibles no pueden hacer entrar el conocimiento en los sistemas clasificatorios ya establecidos” (Skeggs, 2019:56).

Se propuso un estudio de caso (Martínez Carazo, 2006; Neiman & Quaranta, 2006) para encuadrar y registrar la conducta de las mujeres involucradas en el fenómeno bajo estudio. Lejos de ser caprichosa, esta decisión es consecuencia del carácter multidimensional que reviste el derecho a la ciudad, lo que implica una indagación de la experiencia urbana comunitaria y participativa, tarea compleja en su aplicabilidad y necesaria en su traducción a la vida cotidiana (Matossian, 2016). Esta preferencia metodológica, además, pone de manifiesto una de las más grandes contradicciones del derecho como institución superestructural: su visibilidad para su afirmación y efectividad ante los y las sujetas y su ocultamiento en el espacio como una de sus estrategias de naturalización (Braverman, 2020).

Las categorías analíticas a partir de las cuales son interpretadas las experiencias de las mujeres, a su vez, se determinaron de dos formas, a saber: mediante una profunda revisión bibliográfica y un análisis de textos y discursos emanados de las Conclusiones de los Encuentros Nacionales de Mujeres. El diálogo entre el conocimiento científico y la experiencia situada y colectiva de las mujeres participantes de los Encuentros persigue el afán metodológico de generar un conocimiento que se aparte de la normalización académica producida desde el punto de vista burgués y masculino como así también de las teorías feministas que han repetido este intento de hegemonizar la interpretación de la vida social pretendiendo universalizar las experiencias de las mujeres occidentales de clase media blancas (Skeggs, 2019). Se busca, entonces, evitar una interpretación de las experiencias desde un marco que repita la asimilación de las experiencias auténticas como aquellas vividas por los grupos desaventajados en tanto esto es frecuentemente utilizado para reforzar estereotipos que legitiman la explotación y la diferenciación (Freyer, 1994). Se indagó la forma en que la atención de la salud primaria y la salud sexual y (no) reproductiva fue abordada durante los Encuentros, como así también las estrategias concretas de acceso al aborto discutidas a lo largo de esos 10 años. Además, se decidió realizar una entrevista – más allá de la tesis doctoral propiamente dicha – a uno de los equipos técnicos de los CAPS más cercanos al barrio, dado que el mismo no cuenta con

una institución propia. La muestra se conformó según diseño secuencial de bola de nieve o cadena (Martínez-Salgado, 2012).

Toda la información que permite identificar a las mujeres entrevistadas fue alterada, incluida las referencias a los nombres de las instituciones estatales mencionadas.

“Un barrio con muchas necesidades”: Contexto e instituciones

El barrio popular Nuevo Golf está ubicado al Suroeste de la ciudad de Mar del Plata, próximo a la Laguna de los Padres. Está habitado por 1456 personas distribuidas en 355 hogares (Barrera & Molina, 2019). Su proceso de urbanización se caracteriza por una proliferación relativa de su población y la construcción de asentamientos precarios, los cuales comparten espacio, al mismo tiempo, con amplios lotes de tierras ociosas y con nuevas construcciones realizadas a través de créditos hipotecarios con subsidio estatal, motivo por el cual el tejido urbano puede caracterizarse como fragmentado. Han sido identificados tres momentos significativos en el proceso de ocupación de las tierras: 1) 1994 –1998; 2) 2002 –2006 y 3) 2015 –2018 (Barrera & Molina, 2019). Celeste, trabajadora del Estado municipal caracteriza a Nuevo Golf como un barrio complejo por su crecimiento exponencial, su amplio abanico de actores y las problemáticas específicas que hoy en día presenta (Celeste, 26 de agosto de 2020).

Existe una situación crítica en materia de accesibilidad a los servicios básicos y, por ende, en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Tumini et al, 2018) lo cual se retroalimenta, además, con las estrategias de apropiación desplegadas por los vecinos y vecinas tanto en los momentos de ocupación de tierras en períodos de profundas crisis socioeconómicas nacionales como en el habitar cotidiano (Oriolani, 2019). Del total de la población económicamente activa, un 65% se emplea en “changas” o se encuentra desempleado (Barrera & Molina, 2019). Hay una fuerte prevalencia de hogares – 238 sobre un total relevado en el informe citado de 355 – que perciben la Asignación Universal por Hijo o Embarazo, de los cuales el 87% contrajo deudas al acceder a los préstamos ofrecidos por el Estado Nacional a través de ANSES. Del total de la población relevada por Barrera & Molina (2019), el 10% percibe programas sociales, tarjetas alimentarias o pensiones no contributivas, mientras que el 84% de los hogares complementan la economía cotidiana con una canasta básica de alimentos otorgada cada 45 días por el Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires (Barrera & Molina, 2019).

Esto es afirmado por Mabel, una trabajadora del Estado nacional que desarrolló tareas en territorio:

Y, bueno, se encontró un barrio con muchas necesidades: desde luminarias. Calles – no tiene calles, tiene una sola asfaltada que es Cerrito si mal no recuerdo –, mucha gente indocumentada, con una pobreza casi total, ¿no? Y el ingreso más importante, en las estadísticas, en las entrevistas que pudimos hacer y demás, el ingreso de la gente trabajadora es porque trabaja en el puerto en su mayoría. Y también muchos comedores, creo que la fuente de alimentación es a través de los comedores (Mabel, 22 de septiembre de 2020).

La presencia de instituciones públicas en el barrio es escasa y se caracteriza más bien por despliegues territoriales en puntos estratégicos de referencia para las vecinas y vecinos donde el Estado – en sus tres jurisdicciones – atiende demandas de tipo social inmediatas y sin continuidad en el tiempo.

Se montaban gacebos del Estado, gacebos de Provincia, de Nación y del Municipio, en los cuales el Estado provee trabajadores sociales, administrativos, técnicos, el Municipio, bueno, todo lo que sea... me acuerdo que estaba el CAJ [Centro de Acceso a la Justicia], también había un equipo de ayudas porque había personas que no sabían leer, así que los ayudaban a tramitar desde el DNI a trámites comunes que no sabían hacer. Y bueno, nada, Nación, Provincia y Municipio, los tres ahí trabajando en articulación [...]. Y, bueno, y se acercan y preguntan, y ahí se los asesora y se los guía y, dependiendo de su necesidad, es en lo que se puede actuar (Mabel, 22 de septiembre de 2020).

A su vez, también existen procesos de territorialización de dispositivos en funcionamiento con perspectiva de sostener a futuro la presencia de distintos servicios del Estado:

La ida nuestra es un proceso más reciente y que vamos a poder medir el impacto de estar presentes en el territorio con el tiempo. Nosotros vamos a tener que transitar en el barrio un tiempo largo como para ser un referente en el barrio, como [un vecinalista], hoy estamos lejísimos de ser eso. Individualmente las familias vienen, nos conocen, conocen nuestro [...], tienen la dirección, tienen asesoramiento y demás. Pero comunitariamente vamos a tener que estar en el barrio un tiempo largo para poder ganarnos esa reconocimiento territorial que por ahí tienen otros lugares. Pero nada,

es un desafío y es interesante como comunidad (Celeste, 26 de agosto de 2020).

Además de la sociedad de fomento, la única institución con servicio permanente es la Casa de Encuentro Comunitario “Dulce Sonrisas” (en adelante CEC) que funciona subsidiada por la provincia de Buenos Aires:

(...) no, si esto lo vimos empezar cuando recién era una casilla, que hacían el comedor con [la referente del comedor]. y... bueno, nada, ahí empezó a crecer y crecer y no paró. Eso es lo bueno, que creo que es la primera vez que hacen algo bueno por el barrio y está bueno, es importante (Paula, vecina, 29 de julio de 2020)

El equipo técnico de la CEC genera diferentes acuerdos y estrategias con otras instancias estatales para lograr el acceso a derechos principalmente económicos, sociales y culturales de vecinas y vecinos. Los programas estatales de tipo social “bajan” a territorio con el formato “operativo” para atender demandas de tipo inmediato, como desarrollaron Mabel y Celeste en sus relatos.

“Los sectores populares no tenemos una salud digna”

La ausencia de instituciones de salud, junto a otras instituciones de la reproducción social como la educación y los espacios de cuidado infantil, es parte del mecanismo de mano de obra diferenciada en el espacio urbano y sobrecarga especialmente el tiempo y el pensamiento de las mujeres del barrio. Desde un punto de vista más general, esto es problematizado al interior de los Encuentros Nacionales de Mujeres, donde las mujeres “Exigimos que se garantice la estrategia de atención primaria de la salud garantizando la genuina participación de la comunidad y la real inversión en investigación y desarrollo de nuevas tecnologías en función de las necesidades del pueblo.” (XXV ENM, 2010:39). La demanda por servicios de salud de calidad es parte de una lucha estratégica de las mujeres autoconvocadas en los Encuentros, donde la salud se problematiza más allá de la ausencia de enfermedad y se vincula a los reclamos por vivienda, trabajo y servicios domiciliarios (XXIII ENM, 2008).

Las diferentes situaciones de estigmatización territorial (Freidin et al, 2020) que perturban el acceso a la salud generan formas de organización en diferentes niveles, tanto para el reclamo como para la efectivización del derecho:

Salud integral, vinculada a la educación, al acceso a la vivienda digna, al trabajo bien remunerado, a la soberanía alimentaria, a la conciencia y

compromiso con el medio ambiente, a la equidad en la distribución de tierras; con un proyecto serio, efectivo; comunitario y social en políticas de salud, con una correcta referencia y contra-referencia en los niveles sanitarios. La salud que queremos responde a la lucha, al reclamo y a la organización de la comunidad. (XXVII ENM, 2012:46).

Dentro de estas estrategias de organización, a lo largo de los 10 años de Encuentros analizados se reitera la problematización de las mujeres como promotoras de salud – en tanto principales responsables de la reproducción social – y de las promotoras de salud mujeres – en tanto agentes de salud reconocidas – (XXIII ENM, 2008; XXIV ENM, 2009; XXXII ENM, 2017). Se profundizará en esto último en el apartado correspondiente a derechos sexuales y (no) reproductivos por la importancia central que el movimiento de mujeres ha dado a la función de promoción en la materia.

A nivel local, Nuevo Golf no cuenta con un servicio propio de salud ni se encuentra dentro del área programática de ningún CAPS, por lo que la demanda es absorbida alternativamente por los distintos centros de atención conforme la disponibilidad:

No hay escuela, no hay jardín, no hay salita. Hay muchas cosas que se podrían hacer acá, tendría que haber un centro de salud acá. No sé si permanente, toda la noche, pero este barrio necesita... hay muchos niños acá... y adultos también, con problemas, enfermedades, y de acá tenemos que ir al SOIP, y es lejos, porque está en 12 de octubre y Cerrito... son más de 50 cuadras (Mariela, vecina, 2 de julio de 2020).

La accesibilidad geográfica de los sistemas sanitarios se compone de cuatro dimensiones que son necesarias para el derecho efectivo de acceso a la salud, a saber: a) administrativa (organización del servicio); b) económica (capacidad económica de la comunidad para acceder al servicio); c) cultural (diferencias entre pacientes y profesionales); y d) física o geográfica (distribución y localización del servicio) (Ponce, 2015).

(...) en la salita Vasco Da Gama, no me gusta la atención, entonces me voy a la salita que queda en el campo, en la escuela 44, allá al fondo, me voy y me hago atender ahí por la dirección vieja que tenía cuando vivía en el campo. O sea, en la salita rural la atención es muy buena, los médicos... vos necesitás un remedio o algo y, enseguida, llaman por teléfono y tratan de conseguírtelo, un turno, si no hay internet ahí, ellos te dejan en la lista y “En una semana te llamamos” y te llaman y te dicen “Tenés turno” en el CEMA, para la clínica, para los huesos... para lo que sea (Violeta, vecina, 3 de noviembre de 2020).

(...) iban a hacer una salita de primeros auxilios, una escuelita, un jardín, y quedó el proyecto ahí y nunca se hizo nada... y estaría bueno aunque sea una salita de primeros auxilios... vendría como caído del cielo porque, a veces, pasa algo y hasta que llegás a un hospital o a una salita te morís. En la salita [...] a veces no hay insumos, no hay vacunas, no hay nada, y es como que... (Paula, 2 de julio de 2020).

(...) por lo general si tengo que sacar el turno yo y es muy temprano trato de que los turnos queden cercanos a los días de mis fechas de cobro o pasados cosa que, si tengo que ir muy temprano, me tenga que tomar un remise (...) Entonces, me organizo que siempre los turnos sean después de esa fecha, que yo tenga o me haya guardado para el remise, muy sobrecito papelito “esto es para esto”. Entonces, no pierdo turno, no pierdo fecha de vacuna, por eso: porque trato siempre de ir y sacarlo. Y si no, cuando bajo a hacer mandados, trato de acercarme hasta la salita y decir “Hola, sí, mirá, necesito un turno pero necesito que sea para tal fecha, ¿puede ser para después de esta fecha o después de tal hora?” (Guadalupe, vecina, 2 de julio de 2020).

Entre las vecinas es común la referencia al CAPS Vasco Da Gama, el centro más próximo, como así también la preocupación permanente por condicionantes de la salud que, según la definición anterior, pueden explicarse en función de la accesibilidad geográfica. Mientras algunas sienten poco interés por parte de las trabajadoras y trabajadores del CAPS – dimensión cultural –, otras se preocupan por los recursos y capacidad del servicio – dimensión económica – y hasta dependen del cobro inmediato de sus ingresos para planificar estrategias de movilidad en función de la disponibilidad de atención – dimensiones económica y física o geográfica –.

“Es muy importante que las nenas aprendan eso de chiquitas”

Las estrategias de acceso a los derechos sexuales y (no) reproductivos impregnan prácticamente todas las discusiones de los ENM, al punto de haber sido los espacios donde se avanzó para “conseguir leyes como la de matrimonio entre personas del mismo sexo, de educación sexual, de salud sexual y reproductiva, de violencia y de trata” (XXV ENM, 2010:5) en tanto “juntas pudimos visualizar y vamos comprendiendo las causas históricas, culturales y políticas de nuestra doble opresión (...) pudimos avanzar en el reconocimiento de los derechos que a lo largo de estos años hemos conquistado” (XXIX ENM, 2014:5). La organización en torno a la conquista legal es una característica muy

fuerte de los movimientos de mujeres latinoamericanos, fuertemente apoyados por conferencias internacionales y proyectos de cooperación internacional hacia dicho objetivo.

Los debates sobre derechos sexuales y (no) reproductivos son los más arduos de los Encuentros, ya que los sectores conservadores tienen una fuerte participación allí e intentan hacer naufragar los talleres y evitar la organización de las mujeres. Esto se plasma, por ejemplo, en los debates sobre los tipos de anticonceptivos deseados y los mitos sobre la planificación familiar (XXIV ENM, 2009).

Además de la demanda de cumplimiento de la legislación vigente y la asignación de recursos para dicho fin (XXVI ENM, 2011), la dimensión territorial en el acceso a la educación sexual integral, la anticoncepción y la interrupción del embarazo tiene un gran protagonismo en la búsqueda de consensos ya que la implementación de dichos derechos es deficiente y desigual en las provincias y se encuentra con diversos obstáculos (XXVIII ENM, 2013). Dentro de los obstáculos se mencionan “falta de presupuesto de los gobiernos nacional, provincial y municipal; falta de infraestructura en salas de salud y hospitales públicos, obstáculos de la corporación médica, obstáculos administrativos y burocráticos para el acceso libre y gratuito a los anticonceptivos” (XXVIII ENM, 2013:45).

Frente a esas desigualdades de acceso, las mujeres han desarrollado estrategias territoriales de matiz comunitario para la salud a nivel local, siendo la figura privilegiada en la organización colectiva la de promotora de la salud. Aquí se busca una doble reivindicación: por un lado, el reconocimiento del lugar de la mujer en las relaciones sociales de producción capitalista, es decir, principalmente ocupada en la reproducción social (XXIV ENM, 2009) y, por el otro, la promoción de la salud como una actividad primero de activismo (XXIII ENM, 2008; XXIV ENM, 2009) y luego asalariada, fuertemente feminizada y precarizada (XXV ENM, 2010; XXXII ENM, 2017). Las promotoras de salud se encuentran más mencionadas en los debates sobre salud sexual y (no) reproductiva que en el taller específico sobre mujer y salud como parte de estrategias de tipo barrial (XXV ENM, 2010).

Con el paso del tiempo y la evolución de la organización colectiva fue ganando terreno el debate por el acceso específico al aborto como derecho negado por el ordenamiento jurídico mediante líneas de información seguras, como las sostenidas por “Línea Aborto: Más Información, Menos Riesgos” (XXIV ENM, 2009) y los espacios dentro de la “Red Socorrista” (XXIX ENM, 2014), siendo esta última forma de organización profundamente debatida en relación a su impacto frente a la lucha legal (XXX, 2015). El

socorrismo es una “invención feminista” (Burton, 2017:159) surgida en el sur del país y que ha destacado en particular la necesidad de ir “a los barrios y a las salitas” (XXIX ENM, 2014:70), “frente a la ausencia del Estado para que las mujeres no mueran en abortos clandestinos” (XXXIII ENM, 2018: s/n).

Volviendo al análisis local, el CAPS Vasco Da Gama cuenta con un Programa de Salud Sexual desde el año 2006 que acoge a más de 3500 personas y que, este año, también se constituyó como servicio de atención de la interrupción voluntaria del embarazo (Equipo técnico Vasco Da Gama, 25 de junio de 2021). El Programa procura encuadrar y supervisar el método seleccionado por cada consultante ya que “no tiene la característica de quiosco [risas]” (Equipo técnico Vasco Da Gama, 25 de junio de 2021). El equipo técnico coordina un taller semanal dentro del Programa:

(...)donde hablamos de los distintos métodos, las formas de cuidado, otras veces vamos trabajando distintas temáticas que, de acuerdo a la técnica de participación que utilizamos en el taller, surge y eso se toma como elemento del trabajo para el próximo taller y, en paralelo, tenemos luego de la participación del taller, se hace el ingreso a las mujeres al programa de salud sexual (Equipo Técnico Vasco Da Gama, 25 de junio de 2021).

Al momento del ingreso al programa se trabaja en la elección conjunta del método en función de los antecedentes personales y familiares de quien realiza la consulta. En la actualidad el servicio cuenta con dispositivos intrauterinos, anticonceptivos orales en dos variedades y para dos tipos de población (lactantes y no lactantes), anticonceptivos de emergencia y, en mucha menor cantidad, implantes subdérmicos cuya indicación es evaluada junto a otras situaciones personales (como consumo problemático de estupefacientes o alguna condición de salud preexistente). Lo mismo ocurre con las inyecciones trimestrales. El Equipo también es solicitado por las escuelas dentro del área programática para la realización de charlas y talleres de educación sexual integral.

En territorio, la salud sexual y (no) reproductiva es un campo de disputa. Por un lado, Bianca cuenta cómo las niñas y adolescentes se referencian en ella y le hacen consultas vinculadas al cuidado del cuerpo y la pubertad ya que, explica ella, “en eso los padres acá son muy atrasados... dejan ese lado aparte...” (Bianca, 16 de julio de 2020). Así, cuenta:

(...)les digo cómo cuidarse para que no te agarres todas las enfermedades venéreas que vienen, o un inyectable o pastillas o ahora vienen otras cosas más que las mujeres pueden ponerse, hay un montón de cosas para hacer, si

tanto querés, no querés preservativo, si vos tenés una pareja normal ponete un inyectable que es mucho más confiable que la pastilla (Bianca, 16 de julio de 2020).

Este fue uno de los dos emergentes que motiva este artículo. El segundo fue relatado por Celeste al comentar los ejes de trabajo de la dependencia en la cual se desempeña, donde detectaron solapamientos en los operativos territoriales desplegados por las unidades sanitarias por un lado y el Programa de Salud Rural por el otro agravados por las representaciones de las propias vecinas y vecinos en relación a la atención brindada por los CAPS más cercanos al barrio:

Mirá, un ejemplo concreto que nosotras dijimos “No, es por este lado, nos tenemos que sentar” es que pasaba que Salud Rural creo que los martes va ahí a [...], entregaba anticonceptivos que la Sala después no tiene, entregaba un anticonceptivo inyectable que la Sala no podía aplicar porque no entraba dentro de la medicación, de la línea de anticonceptivos que la Unidad Sanitaria maneja. Entonces, con esto lo que generamos es que no... Las mujeres habían decidido usar un método anticonceptivo, habían tenido planificación familiar, habían accedido al método y, sin embargo, no lo estaban pudiendo, en última instancia, garantizar la decisión esta de en ese momento planificar, tener derecho a acceso al método anticonceptivo que eligieron por un tema tan sencillo que se podía conversar fácilmente, que tenía que ver con hacer un acuerdo entre dos actores que estaban en el territorio y que tenían el mismo objetivo, que era garantizar la planificación familiar (Celeste, 26 de agosto de 2020).

Consultado por la realidad barrial, el Equipo Técnico tuvo varios comentarios que ayudan a empezar a esclarecer el panorama, más allá de su atención a la población con independencia de la zona de residencia dentro del área programática. En primer lugar, las visitas a territorio cedieron frente a la pandemia y la reducción de personal – y su sobrecarga de tareas con lanzamiento de nuevos programas sin incremento de la planta de personal del servicio –, por lo que la demanda se encausa exclusivamente en la sede del CAPS (Equipo Técnico Vasco Da Gama, 25 de junio de 2021).

Respecto a la cuestión de la educación sexual de las niñas y adolescentes del barrio, además del reconocimiento a las instituciones educativas del área programática, las profesionales identifican una dificultad importante en la apropiación de la información y herramientas disponibles, y una repetición de patrones familiares en relación a la autonomía:

Eso pasa, como que hay que laburar mucho desde ese aspecto porque no pueden hablarlo desde ellas... anatómicamente, lo que es dónde está el orificio de la vagina no saben, por ejemplo, que piensan que hacen pis por el mismo lugar que tienen la relación. No tienen tampoco el cuidado de por qué hay que cumplir una cuarentena después de que tuvieron a su bebé. Hay un montón de cuestiones que por ahí desconocen, también uno da por sentado que las saben y no las saben.

Y también los patrones que ellos van repitiendo como núcleo familiar, a ver, la maternidad a temprana edad... Hemos tenido consultas de mamás con hijas que acompañan a la consulta a la hija porque ellas muchas veces no sabían cómo orientarlas, cómo explicarles en esto de la educación sexual, una falta de ellas también en su momento, entonces eso también como que lo vemos nosotros desde acá.

(...) en los talleres laburábamos mucho el tema de los mitos porque había cuestiones que estaban como muy instaladas... desde que se tiene que hacer un descanso con el método anticonceptivo, que es obsoleto, hasta un montón de otras cuestiones, que por ahí hasta uno mismo las tenía y la propia tecnología y los nuevos métodos y cómo se va avanzando la ciencia, se modifica y quedan instalados esos dispositivos y, bueno, eso es lo que vamos laburando, eso es lo que atraviesa todo: que puedan elegir un método, que consulten o se apropien de su cuerpo o no (Equipo Técnico Vasco Da Gama, 25 de junio de 2021).

Finalmente, la cuestión de la articulación entre programas deja expuesta la falta de planificación de las instancias estatales en materia de salud sexual y (no) reproductiva al generar espacios nuevos sin diálogo con los actores cuya actuación es más sostenida en el tiempo y, lo peor, tiene como desenlace la violación grave de derechos humanos de las mujeres afectadas:

Salud Rural bajó con un programa del Municipio que era como más interdisciplinario y después fueron quedando, solamente tenía un médico cada tanto, generalista no ginecólogo, y una enfermera que en realidad no cumplía con las incumbencias de enfermería, sino que también iba más allá, confundía su rol, y ella como que medicaba con anticonceptivos sin evaluar todo (...) ella daba todo lo mismo por dar, no registraba en un sistema municipal que nosotros tenemos, que es una historia clínica municipal...

Entonces, había todos esos problemas que, cuando llegaban acá, y decían “No, porque me lo dieron en Salud Rural”, nosotros no sabíamos qué estaba tomando, cuánto hace que lo estaba tomando, si tenía control sobre eso...

Entonces, con esto de que hablamos de la poca apropiación, ayudaba, porque para la gente era más fácil ir y retirar, pero no tenían ni idea de qué tomaban, ni cómo se tomaba, ni los riesgos (...). Y, bueno, nosotros somos profesionales que estamos capacitados en atención primaria, y eso fue un dispositivo con una sola profesional, la cual cumplía incumbencias que no eran de su rol, y no estaba esa evaluación del paciente. Y estás entregando una medicación, no es un caramelo (Equipo Técnico Vasco Da Gama, 25 de junio de 2021).

En una cuestión tan sensible donde la información, el consentimiento, la confidencialidad, la competencia y la toma de decisiones son fundamentales para el ejercicio autónomo del derecho (Brown et al, 2013), el Estado desplegó acciones contradictorias que reafirman la falta de atención hacia los sectores vulnerables y la configuración y reproducción de geografías estigmatizantes en consecuencia, donde las mujeres son las más perjudicadas como consecuencia de los recortes presupuestarios en servicios de reproducción social que se concentran principalmente en las ciudades, como la atención primaria de la salud.

Conclusiones

Educación sexual para decidir. Anticonceptivos para no abortar. Aborto legal para no morir. En 2020 el lema histórico de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito nacida en el corazón del Encuentro Nacional de Mujeres se consolidó formalmente en el ordenamiento jurídico argentino. Desde una mirada anclada en la vida cotidiana de las mujeres en barrios populares de ciudades intermedias como Mar del Plata, el acceso efectivo a los derechos que componen la ciudadanía sexual de las mujeres (Cano, 2016) se encuentra condicionado a los vaivenes de las instituciones de la reproducción social las cuales, además, tambalean frente a una situación de pandemia que no da tregua al sistema de salud y que empeora la situación preexistente en materia de atención primaria.

La progresión en la conquista legal de derechos sexuales y (no) reproductivo se mantuvo mayormente en el ámbito formal porque, como año tras año las mujeres organizadas denuncian en los talleres de los ENM, todas las jurisdicciones del Estado incumplen con sus obligaciones, lo cual transforma esos derechos en privilegios de clase. Esa desfinanciación específica, sumada a la desterritorialización de los servicios de salud

como consecuencia de los recortes generales al presupuesto de atención primaria, resiente sensiblemente la salud de las mujeres trabajadoras de los barrios populares y continúa su sobrecarga desde el punto de vista de la reproducción social, ya que cuando no se dedica a tiempo completo a la reproducción dentro del hogar, se organiza comunitariamente en procura de promover la salud colectiva – a título gratuito o en situación de precariedad absoluta –.

En el barrio periurbano espacio/objeto de esta investigación habita una población de clase trabajadora fuertemente pauperizada tanto por la cantidad y calidad de sus ingresos como por la falta de acceso de servicios públicos básicos, dentro de los cuales se contabilizan los necesarios para la reproducción social. Dicha pauperización afecta más severamente a las mujeres trabajadoras del barrio la combinación de la feminización de la pobreza y el acceso desigual al empleo que afecta a la generalidad de las mujeres (Monreal, 1997) como por la sobrecarga de las tareas necesarias para suplir la falta de acceso a la reproducción social por fuera del hogar.

La presencia estatal es débil y se canaliza principalmente a través de operativos territoriales que persiguen objetivos de política social específicos e instantáneos. En materia de salud, Nuevo Golf no cuenta con un servicio primario propio, sino que las vecinas y vecinos concurren a los CAPS de otras zonas programáticas en busca de atención primaria general. El CAPS con mayor área de cobertura cuenta con un programa específico de derechos sexuales y reproductivos a través del cual, recientemente, también se garantiza el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. Los recortes presupuestarios afectan al programa en cuanto a insumos y personal disponible para acciones en territorio, lo cual se agrava aún más frente a la situación de pandemia. Este servicio también participa en las actividades curriculares de educación sexual integral de las escuelas del área programática lo cual, sumado a los talleres propios facilitados por el Equipo Técnico, permite detectar dificultades de apropiación de la información y herramientas disponibles en la zona.

La precariedad en la atención de la salud de Nuevo Golf – en tanto sus especificidades poblacionales llevan a afirmar que requiere de un CAPS propio – lleva a la superposición de intervenciones del Estado, lo que ha violado gravemente el derecho a la planificación familiar de varias mujeres del barrio como consecuencia de los embarazos no deseados que cursaron pese a su decisión de consultar e iniciar un método anticonceptivo. Este último hecho en particular remite nuevamente a la importancia que tanto la teoría como

el activismo político da a las figuras que desempeñan funciones de promoción de la salud sexual y (no) reproductiva en territorio.

Pensando en un acceso efectivo y desde una perspectiva de derechos al aborto, se concluye que es necesario no solamente saldar las deudas en materia de educación sexual y anticoncepción ya reseñadas, sino también generar estrategias de territorialización de la IVE. En esto el movimiento de mujeres tiene amplia experiencia, pues basta con ver cómo experiencias del calibre de “Línea aborto con pastillas + información – riesgos” y “Socorro Rosa” han garantizado derechos fundamentales a las mujeres en ausencia absoluta del Estado y han jerarquizado la estigmatización territorial en el acceso a la atención primaria de la salud a la hora de pensar sus propias prácticas de forma tal que el ya masivo movimiento de mujeres exige el reconocimiento de estas experiencias en políticas públicas concretas.

Referencias

- Aladro, A. (2020). *El acceso a la ciudad de las mujeres II Coloquio Internacional de Conflictos Urbanos*, Universidad de Cádiz, Jaén de la Frontera, España.
- Barrera, G. & Molina, P. (2019) *Mar del Plata Nuevo Golf: Informe socioambiental*. CEC- Dulces Sonrisas.
- Bhattacharya, T. (2017). *Social Reproduction Theory. Remapping Class, Recentering Oppression*. London:Pluto.
- Bhattacharya, T. & Arruzza, C. (2020). Teoría de la Reproducción Social. Elementos fundamentales para un feminismo marxista. *Archivos de la historia del movimiento obrero y la izquierda*, núm. 16, pp.37-69.
- Braverman, I. (2020). Oculta a plena vista: La geografía jurídica desde una perspectiva visual. Ford, R. T., Blomley, N., Braverman, I. & Valverde, M., *Derecho y geografía: espacio, poder y sistema jurídica*. Bogotá:Siglo del Hombre Editores, pp. 341-369.
- Brown, J.; Pecheny, M.; Gattoni, M.S. & Tamburrino, M. C. (2013). Cuerpo, sexo y reproducción. La noción de autonomía de las mujeres puesta en cuestión: el aborto y otras situaciones sensibles. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, núm.12, pp. 37-49.
- Burton, J. (2017). Inventiones feministas en la lucha por el aborto legal. *Bordes. Revista de Política, Derecho y Sociedad*, vol.10, pp.157-164.

- Cano, J. (2016). De la ciudadanía política a la ciudadanía sexual. Debates en Argentina en relación con el cuerpo de las mujeres. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, núm.11, pp.151-170.
- Clérico, L. & Vita, L. (2019). Efectos del litigio en salud y equidad: El caso de la provincia de Buenos Aires, Argentina. *Revista Derecho y Ciencias Sociales*, núm.18, pp. 219-233.
- Ferguson, S. (2016). Intersectionality and Social-Reproduction Feminisms. *Historical Materialism*, vol.24, núm.2, pp.38-60.
- Freidin, B.; Ballesteros, M.S, Krause, M. & Wilner, A. (2020). Estigmatización territorial y salud: experiencias de desigualdad social en la periferia de Buenos Aires. *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol.35, núm.1, pp.153-183.
- Hopp, C. (2021). El nuevo artículo 86 del Código Penal: Del aborto como derecho. *RC D* 56/2021.
- Juárez Herrera y Cairo, A. (2009). Apropiación de los derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia: dimensiones de la ciudadanía. *Revista de Estudios de Género La Ventana*, vol. IV, núm.30, pp. 148-180.
- Logroño, S. (2018). Biopolítica y promoción de la salud desde la periferia urbana. *X Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata*, desarrolladas del 5 al 7 de diciembre de 2018 en La Plata, Argentina. Disponible en: <http://jornadassociologia.fahce.unlp.edu.ar/x-jornadas/actas/LogronoPONmesa46.pdf/view?searchterm=None> [Fecha de consulta: 30 de abril de 2021].
- Luparello, V. (2017). Aborto y capitalismo: Un análisis de las políticas de control poblacional y de desarrollo económico en América Latina desde la mira de la Teoría de la Reproducción Social (1950-1980). *Diálogos: Revista Electrónica de Historia*, vol. 18, núm.2, pp. 103-120.
- Maceira, D. (2020). Caracterización del Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto Latinoamericano. *Revista Estado y Políticas Públicas*, núm. 14, pp.155-179.
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciencia & Saúde Coletiva*, núm. 17 (3), pp.613-619.
- Matossian, B. (2016). Escalas y derecho a la ciudad: cuestionamientos en una urbe patagónica. *Andamios*, núm. 32, vol. 13, pp. 83-106.

- MGP (2020), *Informe sobre villas y asentamientos de Mar del Plata*. Dirección Social de Vivienda.
- Monreal, P. (1997). Feminización de la pobreza y nueva pobreza urbana: visibilización y olvidos. *V Congreso Argentino de Antropología Social*, desarrolladas del 29 de julio al 1 de agosto de 1997 en La Plata, Argentina. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.7106/ev.7106.pdf [Fecha de consulta: 23 de abril de 2021].
- Monte, M. E & Gavernet, L. (2012). La incorporación de los derechos sexuales y reproductivos en las Constituciones de Argentina, Venezuela y Bolivia. Cuerpos ceñidos a sexualidades reproductivas. En: Morán Faúndes, J. M; Sgró Ruata, M.C & Vaggione, J.M (eds.), *Sexualidades, desigualdades y derechos. Reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos*. Córdoba: Ciencia, Derecho y Sociedad Editorial; pp.157-189.
- Neiman, G. & Quaranta, G. (2006). Los estudios de caso en la investigación sociológica. En: En I. Vasilachis de Gialdino (coord.), *Estrategias de investigación cualitativa*, Buenos Aires: Gedisa, pp.213-236.
- Oriolani, F. (2019). Tensiones y contradicciones en torno a la ocupación de terrenos en un barrio de Mar del Plata. Apuntes para pensar el territorio en clave social. *Quivera*, núm. 21, vol. 2, pp. 9-25.
- Peñas Defago, M.A (2012). Las políticas de salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos humanos. En: Morán Faúndes, J. M; Sgró Ruata, M.C & Vaggione, J.M (eds.), *Sexualidades, desigualdades y derechos. Reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos*. Córdoba: Ciencia, Derecho y Sociedad Editorial; pp.191-214.
- Ponce, B. (2015). Análisis de la accesibilidad geográfica de la atención primaria de la salud: Estudio aplicado en los Centros Regionales de Referencia del Gran Resistencia (Chaco, Argentina). *Revista de Salud Pública*, núm.19, vol.3, pp.32-44.
- Skeggs, B. (2019). *Mujeres respetables: Clase y género en los sectores populares*. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Smith, D. (1987). *The everyday world as a problematic: A Feminist Sociology*. Massachusetts: Northeastern University Press.
- Smith, D. (2005). *Institutional ethnography: A sociology for people*. Toronto: Rowman Altamira.
- Spaventa, V. (2018). ¿Puede el derecho reconocer a las mujeres como humanas? Reflexiones en torno a una vieja y recurrente pregunta, con motivo del debate sobre

la despenalización del aborto. En: Ramón Michel, A. & Bergallo, P. (comps.). *La reproducción en cuestión. Investigaciones y argumentos jurídicos sobre aborto*. Buenos Aires:EUDEBA.

Topalov, C. (2006) [1979]. *La urbanización capitalista: algunos elementos para su análisis*. FSOC:UBA.

Tumini, J. & Aladro, A. (2018). Clínica Jurídica en Derecho al Hábitat, Vivienda y Calidad Ambiental. *EXT*, núm. 8, pp. 1-16.

Veronelli, J. C. & Veronelli Corrach, M. (2004). *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina*. Tomo II. Buenos Aires:Organización Panamericana de la Salud.

Vogel, L. (2013 [1987]). *Marxism and the Oppression of Women. Toward an Unitary Theory*. Leiden:Brill.

Zulaica, L., Ferraro, R.; Vázquez, P. (2012), Transformaciones territoriales en el periurbano de Mar del Plata. *Geograficando*, núm. 8, pp. 169.187.

Documentos

Conclusiones del XXIII ENM (2008), Neuquén.
Conclusiones del XXIV ENM (2009), Tucumán.
Conclusiones del XXV ENM (2010), Paraná.
Conclusiones del XXVI ENM (2011), Bariloche.
Conclusiones del XXVII ENM (2012), Posadas.
Conclusiones del XXVIII ENM (2013), San Juan.
Conclusiones del XXIX ENM (2014), Salta.
Conclusiones del XXX ENM (2015), Mar del Plata.
Conclusiones del XXXII ENM, (2017), Rosario.
Conclusiones del XXXIII ENM (2018), Trelew.

Entrevistas

Bianca, 16 de julio de 2020.
Celeste, 26 de agosto de 2020.
Equipo Técnico Vasco Da Gama, 25 de junio de 2021.
Guadalupe, 2 de julio de 2020.
Mabel, 22 de septiembre de 2020.
Mariela, 2 de julio de 2020.
Paula, 29 de julio de 2020.
Violeta, 3 de noviembre de 2020.