

Enredando encuentros intersectoriales en torno a la sexualidad: caminos a la promoción de la salud comunitaria con las infancias

Weaving intersectoral encounters around sexuality: ways to promote community health with children

Mariela MUÑOZ RODRÍGUEZ
Marisa QUIJANO
Sara SANTANDER
Analía TICONA

Palabras clave: trabajo intersectorial, promoción de la salud, sexualidades, derechos humanos, salud comunitaria

Keywords: intersectoral work; health promotion; sexualities; human rights; community health

Resumen

Se presenta un relato de una experiencia que surgió de demandas tanto clínicas como educativas vinculadas a la violencia sexual. La perspectiva de trabajo es desde la salud comunitaria con perspectiva de género y enfoque de derechos. Se realiza una narrativa de experiencias que analiza tres etapas del proceso. Hace foco en los aprendizajes de cada una de las etapas para la construcción de estrategias de la promoción de la salud sexual. Las posibilidades de construcciones intersectoriales e interdisciplinarias de esta experiencia se basaron en: trabajo territorial sostenido en el tiempo con compromiso social en la zona, la constitución de un equipo interdisciplinario con concepciones epistemo-prácticas compartidas y objetivos de trabajo amplios que permitieron construir desde las necesidades y posibilidades territoriales.

Abstract

A report of an experience that arose from both clinical and educational demands related to sexual violence is presented. The work perspective is from the community health with a gender and a human rights approach. A narrative of experiences is made that analyzes three stages of the process. It focuses on the learning of each of the stages to construct strategies for the promotion of sexual health. The possibilities of intersectoral and interdisciplinary constructions of this experience were based on: territorial work sustained over time with social commitment in the area, the constitution

of an interdisciplinary team with shared epistemological-practical conceptions, and broad work objectives that allowed building from the needs and territorial possibilities.

Datos de las autoras

Mariela MUÑOZ RODRÍGUEZ

FaPsi- UNSL, CONICET

Magister en Psicología Social

Marisa QUIJANO

Ministerio de Salud

Licenciada en Psicología

Sara SANTANDER

Facultad de Ciencias Humanas- Centro de Prácticas Pedagógicas y Sociocomunitarias- UNSL

Estudiante de Comunicación Social

Analía TICONA

Ministerio de Salud

Profesora en Ciencias Políticas

Técnica en Salud

Dirección de la institución de trabajo: Dirección: Ejército de Los Andes 950, D5700HHW, San Luis, Argentina,

Correo electrónico: mariela.munozrgmail.com

Introducción

En el presente trabajo abordamos una experiencia intersectorial e interdisciplinaria realizada en la zona oeste de la ciudad de San Luis, Argentina, en la que confluyen diversos barrios de sectores populares. Comenzó a desarrollarse en agosto de 2017 y la etapa que sistematizamos finaliza en marzo de 2018. Cabe mencionar que esta experiencia tuvo sus raíces a partir de encuentros previos entre actoras de distintas instituciones que nos encontrábamos en el territorio. Posibilitaron esta experiencia trabajos de articulación entre el centro de salud del barrio y la escuela, procesos territoriales en una mesa intersectorial, más el trabajo articulado de investigación en el marco de una beca doctoral en la que se trabajó en el centro de salud y escuelas de la zona.

El proyecto de intervención que relataremos surgió a partir de compartir necesidades y emergentes con distintas actrices de instituciones de la zona que trabajábamos con perspectiva en salud comunitaria y de género. Empezó a construirse un pensar y hacer colectivo intersectorial e interdisciplinar alrededor de distintas situaciones de abuso sexual contra niñas¹ y adolescentes. Así, se desarrolló un proyecto de intervención con actividades en el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y la escuela, pensándolo desde una mirada comunitaria de abordaje participativo. El transitar los talleres, compartir con madres, padres, docentes, niñas, profesionales, generó nuevas preguntas y desafíos para seguir avanzando.

A su vez, nuevos encuentros en el inicio del año 2018 permitieron revisar la experiencia y con la compañía de nuevxs actorxs sociales (referentes comunitarixs de diferentes espacios) pudimos enriquecerla desde una mirada integral. La experiencia barrial y los saberes de las mujeres que se sumaron al proceso pusieron en juego nuevas necesidades y desafíos para hacer juntxs, pudiendo organizar juntxs una marcha y encuentro barrial del 8M.²

-
- 1 Para la redacción de este trabajo, se intenta a lo largo del escrito una perspectiva inclusiva de mujeres, varones e identidades diversas. Esto implica la utilización del lenguaje inclusivo no sexista. Se elige la redacción con x dando lugar a que también quien lea pueda elegir desde dónde hacerlo, construyendo en este metadiálogo ejercicios políticos, no solo de quien escribe sino también de quien lee. Se sostiene la definición genérica masculina o femenina de los actores y autoras cuando la situación lo precisa y hay conocimiento del género de quien se menciona.
 - 2 El 8 de marzo es el Día Internacional de la Mujer Trabajadora en conmemoración de 123 mujeres trabajadoras de la fábrica de Estados Unidos que en 1911 reclamaron por tener los mismos derechos que sus compañeros varones. La huelga terminó con la muerte de las obreras en un incendio del que no pudieron escapar porque el dueño de la fábrica había cerrado las puertas para disolver la protesta. La OMS en 1977 convirtió la jornada como el Día Internacional por los Derechos de la Mujer. Además, desde 2016 ese día se ha instituido el Paro Internacional de Mujeres como movimiento internacional en respuesta a la violencia social, legal, política, moral y verbal que sufrimos las mujeres contemporáneas en diversas latitudes. Fue promovido por organizaciones de mujeres de más 50 países para visibilizar la violencia machista en todas sus formas.

En referencia a estas vivencias, haremos primero una sistematización del proceso para recuperar los aportes teóricos que del recorrido surgieron, así como para explicitar las bases sobre las que nos paramos para transitarla. Luego, relataremos la experiencia propiamente dicha, con sus preguntas y primeras revisiones teóricas. Para finalizar, planteamos los desafíos pendientes hacia una promoción de la salud comunitaria. Frente a este viraje es necesario estar alertas a las lógicas academicistas y profesionales que nos sitúan como principales portadoras del conocimiento, para poder ingresar a una nueva etapa en donde el hacer con la comunidad marcará nuevos ritmos y miradas. Esto nos coloca frente al desafío de ser flexibles a las construcciones conjuntas, así como al compartir las actividades de los distintos grupos que conforman este equipo.

Marcos de partida

La salud no existe por fuera del contexto y del territorio donde las personas viven, allí se reproducen modos de vida propios del modelo social, económico y político. El capitalismo es un modelo que provoca efectos de marginación, exclusión y precarización, que genera lógicas de gestión y gobierno que llevan al ensanchamiento de la brecha social con consecuencias en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados de lxs diferentes actores.

La estructura del poder genera injusticias en términos de la distribución de la salud en una población. De acuerdo con Whitehead (1992), las desigualdades o inequidades en salud son injustas cuando no son resultado de la libre elección de los individuos, o sea, todas aquellas que son producto de situaciones externas que condicionan la vida. Esta autora señala que las diferencias en las condiciones de salud derivadas de desigualdades sociales son evitables. Esto se debe a que la fuente primaria de toda inequidad es la apropiación del poder: la propiedad privada de la riqueza, origina las distintas clases sociales; la apropiación patriarcal del poder, genera roles de género estancos y violentos en las prácticas sociales cotidianas; el adultocentrismo prioriza al adulto como poseedor de poder y saber frente a otros grupos etarios, y el colonialismo aparece como rector de la apropiación del poder en grupos étnicos políticamente definidos como superiores. Esta es la cuádruple inequidad que produce nuestras desigualdades sociales en salud. Así, cuando históricamente aparecen situaciones de inequidad, es dable adscribirla a dicha categoría porque en todos los casos aparece una apropiación de poder y, por lo tanto, una concentración de este en determinadas clases más ricas, en los varones heterosexuales, en los adultos económicamente activos o en los blancos como sujetos de saber y poder. Entonces, la diversidad, en lugar de ser fuente de avance humano, pasa a ser un vehículo de explotación y subordinación.

En términos de salud, Sonis, Bello y de Lellis (2010) sostienen que cuando esta es puesta como mercancía lleva a la profundización de las inequidades en salud. Para

estos autores la salud depende de circunstancias sociales, políticas y económicas, por tanto, no puede ser concebida como un problema individual sino como el producto de complejas valoraciones psicosocioculturales y biológicas que afectan a los colectivos. Por lo tanto, comprender a la salud de manera integral evidencia la determinación estructural de la enfermedad.

De esta manera, definimos a la salud como un derecho humano irrestricto que debe ser gratuito, de buena calidad y de utilización plena, oportuna y adecuada. Videla (1991, p. 17) conceptualizó a la salud como «un derecho social básico y universal y su apropiación es un camino hacia la mayor libertad» de las personas.³ La libertad la entendemos como caminos de disminución de las opresiones que provocan procesos de enfermedad o los sostienen.

El trabajo en red como parte de la propuesta intersectorial implica el fijar objetivos conjuntos y unir acciones para poder abordar alguna temática. El modelo de Atención Primaria de la Salud hace mucho énfasis en él, pero entendemos que de modos operativos y productivos que restringen la fuerza de lo propio de los territorios. Gutiérrez-Aguilar (2011) propone el concepto entramado comunitario, aplicado principalmente a las lógicas territoriales no necesariamente estadocéntricas. Este designa las formas colectivas en que se expresa y se realiza el trabajo útil para la reproducción de la vida humana. Asimismo, enfatiza los vínculos centrados en lo común y en la finalidad que los anima: la pluriforme reproducción de la vida en cuanto tal (Gutiérrez-Aguilar, 2011). El entramado comunitario refiere a una:

multiplicidad de mundos de vida humana que pueblan y generan el mundo bajo pautas diversas de respeto y colaboración, dignidad y reciprocidad, no plenamente sujetos a las lógicas de la acumulación del capital aunque agredidas y muchas veces agobiadas por ellas (Gutiérrez-Aguilar, 2011, p. 35)

En el marco de salud, entendemos que es un ejercicio constante salirse de las lógicas de resultados y poder proponer construcciones reticulares que potencien la producción de lo común con los territorios en procesos participativos de abordaje común de los problemas.

Desde aquí los aportes de la comunicación como canal intencional de comprender, analizar y debatir sobre los modos de producción y reproducción de la salud de los colectivos. Díaz y Uranga (2011, p. 117) afirman que «los individuos interpretan y comprenden los mensajes vinculados con la salud desde el espacio que generan las relaciones en la vida cotidiana, desde las marcas que lo constituyen y desde el sistema de relaciones que, a modo de tejido social, los contiene». Por ello, más allá de toda idea instrumental de la comunicación, incluso a pesar de la mediatización actual de temáticas de salud que construyen patrones culturales y

³ La definición original de la autora en lugar de mencionar a las personas se refiere a los hombres. Su perspectiva sexista es un aspecto al que no adherimos por lo que hemos realizado esa modificación.

mercantiles en torno a ella, es importante entender la relación salud/comunicación. Así en esa debe prevalecer el vínculo entre lxs sujetxs comunitarios, así como entre ellxs y las instituciones. Estos vínculos serán los que posibilitarán resignificar los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados, permitiendo entender la salud de manera integral y colectiva. La comunicación entendida en estos términos estará al servicio de fortalecer el trabajo comunitario, y es uno de los medios que facilitan y articulan procesos de cambio y problematización relacionados con la salud a través de la participación de las personas que interactúan.

La experiencia: miradas y recorridos durante el camino

Como punto de partida entendemos que la experiencia que presentamos es posible a partir de los procesos que se vienen dando en el territorio desde hace algunos años. Las características de la zona y sus instituciones muestran articulaciones intersectoriales y la participación de vecinxs por la defensa de sus derechos relacionados con la salud integral, su determinación y los servicios básicos.

Esta articulación vuelve a ponerse en juego en esta experiencia y es la que le da el nombre al trabajo. *En-red-ando*, este nombre aborda lo procesual de la experiencia como a la vez recupera las vinculaciones reticulares que la constituyen.

Para compartir las vivencias, aprendizajes y atravesamientos del trabajo reticular en torno a las sexualidades tomamos la estrategia de investigación narrativa. Blanco (2011) la describe como «el estudio de la experiencia como un relato, entonces, es primero que nada y sobre todo una forma de pensar sobre la experiencia» (p. 137). Landín y Sanchez (2019) dicen que «el método biográfico-narrativo nos lleva a captar ese conocimiento genuino que un sujeto construye desde su experiencia vivida en diversos espacios y tiempos, permitiéndonos comprender la verdadera esencia de los procesos educativos» (p. 1). En este caso realizamos autorrelatos sin creer que el relato por sí mismo es la realidad, sino que precisan de la articulación teórica y el análisis de sentidos más allá de la descripción (González Jiménez, 2012).

Quienes narramos la experiencia somos el equipo que conformamos una agente sanitaria, una estudiante de comunicación social y dos psicólogas. Cabe aclarar que dos de las personas trabajaban en el centro de salud, dos estaban vinculadas a la universidad, específicamente al Centro de Prácticas pedagógicas y sociocomunitarias de la Facultad de Ciencias Humanas desde donde sostenían proyectos con la escuela. Por lo tanto, esta narrativa tiene aspectos propios de los desafíos y preguntas territoriales vinculadas con aquellas de la academia.

Para una organización de los sentidos y saberes construidos realizamos un recorte de etapas que entendemos la marcan. Describiremos el proceso y los desafíos teóricos a los que nos enfrenta la práctica. Así quedan delineadas tres etapas: la primera se vincula con la descripción de la situación problemática, la construcción del equipo, la formación y la construcción del objetivo; la segunda, realización

de acciones planificadas intersectoriales; y tercera, acciones colectivas hacia la promoción de la salud comunitaria.

Primera etapa: emergente para la red. Encuentros para debatir, formarnos y proponer

En la escuela del barrio una niña denunció ser acosada por un amigo de su hermano; esto habilitó que otra niña hablara sobre el abuso que su padrastro ejercía sobre ella. Ambas situaciones generaban sensaciones de falta de recursos en la escuela para sobrellevar la situación, ya que la judicialización y derivación parecen ser las únicas posibilidades de abordaje. En esta lógica las situaciones devinieron en derivaciones de la escuela al centro de salud y sus trabajadorxs fueron aliadxs para sobrellevar situaciones críticas. Estos circuitos fueron escuchados, atendidos y generaron preguntas. ¿Cómo podemos abordarlos? ¿Qué factores influyen en los procesos de cuidado, acompañamiento o asistencia? ¿Cómo hacerlo? ¿Qué significa derivar? ¿A quiénes se deriva? ¿Cómo actúan o actuamos frente a esto? ¿Se acompaña? ¿Quiénes? ¿Cómo? ¿Quiénes logran animarse al reto de acompañar estos procesos que parecen ser de los más dolorosos y complejos que les toca atravesar a lxs profesionales de las instituciones estatales?

Sumado a esto, en ese año, en el centro de salud la demanda clínica de mujeres adultas con sintomatología ansiosa-depresiva había aumentado y todas ellas habían vivido alguna situación de abuso sexual en su infancia o adolescencia que nunca habían comentado. ¿Por qué no pudieron hacerlo? ¿Qué se ponía en riesgo? ¿Qué hace que en estos momentos puedan hacerlo? ¿Cómo es comprendida esa situación de violencia?

Luego de reuniones de problematización entendimos necesario iniciar procesos de formación en temáticas vinculadas a la sexualidad en general, y al abuso contra niñxs y adolescentes en particular. En estos espacios se sumaba la profundización teórica desde la praxis.

En el proceso de formación llegamos a algunos espacios de definición conceptual y epistemológica como equipo interdisciplinar que comprendemos luego hicieron más fácil el proceso. Acordar, convenir, desarrollar puntos de acuerdo desde los que trabajar consideramos que fue uno de los andamiajes para el proceso de intervención.

La perspectiva en sexualidad que consensuamos fue desde la integralidad, la perspectiva de género y los derechos humanos. Tomamos la definición de la oms sobre sexualidad como:

un aspecto central del ser humano presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conduc-

tas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. (2006, p. 7)

A su vez, hicimos fuerte hincapié en el proceso de formación en cómo acompañar desde los primeros momentos de vida el desarrollo de la sexualidad de niñxs y adolescentes. Para esto entendimos nodal reconocer las preguntas, las exploraciones de ellxs, así como la importancia de las interacciones con quienes les cuidan.

En esas reuniones recuperamos las concepciones que quienes trabajan en las instituciones poseen. Las situaciones de abuso sexual contra niñxs o adolescentes eran definidas como unas de las situaciones más complejas que se deben abordar en ambas instituciones, lxs profesionales se sentían sin respaldo, sin información, con escasas herramientas para la contención. Entendíamos que todo eso dificultaba la posibilidad de acompañamiento o intervención.

En ese no saber aparecían algunos ejes centrales que tomar en consideración. Las experiencias en territorio marcaban dificultades que nos hacían reconocer el por dónde precisábamos formarnos. Una de las situaciones que nos parece necesario comentar surge de identificar dificultades y confusiones en relación con la terminología relacionada con el maltrato hacia niñxs y confusiones específicas entre abuso sexual y violación. Tal es el caso de una mujer adulta que se ha animado a dar pasos en contra de las reglas del silenciamiento, ella comenta que «el médico que hizo la pericia dijo que no tenía señales de abuso», frente a esto: ¿Es posible que unx médicx al revisar a unx niñx pueda certificar la presencia de abuso? ¿O puede certificar una violación? ¿Con cuánto tiempo? ¿Quién escucha? ¿En qué situación? ¿Qué puede escuchar? ¿Qué responsabilidades se les depositan a lxs profesionales?

A su vez, Eva Giberti (2016) hace notar el uso erróneo del término *abuso sexual infantil*. La palabra *infantil* deja afuera a los responsables del abuso, que son lxs adultxs. Así los términos a utilizar sería abuso sexual contra niñxs o adolescentes, de niñxs víctimas o bien de niñxs que han sido abusadx. Porque de ese modo queda claro que lxs niñxs son víctimas. De otra manera, la palabra *infantil* califica al abuso y, por lo tanto, es una trampa ética de lxs adultxs que intentan quedarse afuera de su responsabilidad. De acuerdo con las estadísticas, quienes abusan son en primer lugar varones y los roles que ellos cumplen son de padres, abuelos o padrastros; mientras que las víctimas menores de 18 años corresponden en un 18% a mujeres y 8% a varones (OMS, 2016).

Otro de los obstáculos se relacionaba con el momento de sacar a la luz el secreto de haber sido o ser víctima de abuso. Aquí entraban en juego preguntas sobre el derecho a ser escuchadx de la persona que ha sido violentada ¿Cómo y quién escucha? ¿Desde qué concepciones? ¿Dando qué lugar a la palabra? Además de

estas preguntas, aparecían algunas certezas. La persona que logra contar su vivencia de una situación de abuso sexual lo hacía frente a vínculos de confianza. Frente al relato cuando no se cree en su palabra, se la revictimiza. Si es unx niñx o adolescente quien denuncia y es desacreditadx lo que sucede es que queda frente a una nueva sensación de soledad y de desamparo (Giberti, 2016). Generalmente, lxs abusadorxs son varones y personas cercanas a lxs niñxs y adolescentes, así es que nuevamente se les deja sin sostenes. ¿Qué cualidades debe tener el diálogo y el vínculo para poder escuchar? ¿De qué manera afectan los mandatos sociales y los patrones de apropiación de poder en la escucha y en los vínculos?

En la experiencia territorial, cuando niñxs denunciaban situaciones de abuso aparecían como obstáculos la diferencia de edad y los modos de nombrar y entender el mundo. Una persona adulta mencionó «pero no sé, yo me enteré porque me contó la compañerita. Ella dice que él la tocó». En sus palabras se identificaba la duda sobre la veracidad. Lxs niñxs como sujetxs de derecho nos desafían como sociedad adultocéntrica a reconocer a la infancia como generación en sí y no a futuro y, por lo tanto, a reconocer sus modos de nombrar como válidos, problematizándonos. Aparecen adultxs que logran este proceso de reconocimiento de las infancias y algunxs otrxs que no. ¿Qué lxs diferencia? Entendimos dos características del reconocimiento de las infancias, por un lado, el reconocer a niñxs y adolescentes como sujetxs de derechos con sus características y también como sujetos sexuados. ¿Cuántxs adultxs han podido comenzar a transitarse como tales en una sociedad que castiga la sexualidad y sus expresiones, que vulnera los cuerpos y los utiliza como objetos de control? Así aparecía un segundo desafío, reconocernos y reconocerlxs en lo cotidiano como seres sexuados, con un cuerpo, saberes y preguntas. Por lo que se hizo necesario trabajar desde la sexualidad integral para luego focalizar en el cuidado corporal, el reconocimiento del cuerpo y trabajar con temas como intimidad, lo que gusta y no, las emociones, los vínculos, las expresiones, entre otros. Comprender la integralidad del cuerpo con la validez de sus significaciones y vivencias lo comprendimos como la base para reconocer el *no* como eje de validación en la relación niñx-adultx y así una lógica vincular que ayuda a la prevención del abuso sexual.

Otro de los patrones de apropiación de poder que encontramos que obstaculizaban los procesos de intervención y reconocimiento de una situación de abuso sexual eran los patrones heteropatriarcales que estaban presentes en el proceso de efectivización de los derechos de lxs niñxs. El heteropatriarcado aparecía como un modelo de dominación social, económico, cultural y sexo-político que justifica el rol de opresión del hombre sobre la mujer. Diferentes autoras (Segato, 2003; Lagarde, 2005; Guerra, 2009) indican que este se basa en la aceptación de un único modelo de familia universal, compuesto tradicionalmente por una pareja heterosexual y sus posibles hijxs, así como en la perpetuación, reparto y legitimación social de una serie de roles asignados a hombres y mujeres. Esta situación hace que se excluyan otro tipo de relaciones sexo-afectivas o sexo-genéricas. La vida sexual

de este modelo de dominación se la ha comprendido en la esfera privada, cuando se conoce una situación de abuso algo de la esfera sexual e íntima se hace público. Esto afecta en numerosos sentidos; por un lado, la persona víctima tiene que relatar su vivencia frente a otras y estas tienen que validarlo. Además, cuando quien abusa se encuentra en el círculo familiar, se hace pública una conducta sexual condenable que, además, viene a romper con parámetros sociales de las sexualidades permitidas y prohibidas vinculadas con el incesto y con lealtades. Esta ruptura afecta otro de los pilares del patriarcado, la familia. En tanto bien supremo, esta incluye valores vinculados a la perfección y supuestos de lealtades, principalmente en evidencia cuando interfiere la justicia. En estos casos además de las sobrecargas por los circuitos de responsabilidad hacia la persona víctima también aparecen en sobreprotección y lealtad hacia quien agrede. Además, en algunos casos, cuando este último cumple diferentes roles dentro del núcleo donde se produce el abuso (por ejemplo, padre y marido), pueden surgir competencias entre la víctima y la pareja de quien abusa. Aspecto que se ancla al mito de seducción atribuido a la víctima, por lo que acompañar y cuidar de la víctima se hace dificultoso por emociones de enojo y competencia hacia ella, lo que dificulta el rol de cuidado. Por lo tanto, el sexo y las expectativas en relación con el género de las personas involucradas, así como los vínculos que existen entre ellas será un aspecto que marcará complejidades diferentes. Así, si la situación de abuso pone en juego categorías relativas a la orientación sexual, puede sumar otra dificultad al momento de la denuncia.

También entendimos que las instituciones eran efectoras que debían intervenir en los procesos de vulneración y los modos de su actuación van a repercutir en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados, y así en la posibilidad de ejercicio de los derechos. Las políticas públicas han estado sostenidas en la creencia de que los delitos sexuales correspondían al ámbito privado, aspecto que se sostenía hasta esa fecha. Esto dificultaba reconocer la complejidad del tema desde la determinación social que atraviesa la problemática. Así, los abordajes se realizaban de manera escindida, con información sesgada y reduccionista y procedimientos deficientes para el acompañamiento social. Históricamente, se han sostenido vías de abordaje principalmente judiciales, como así también el tipo de información y capacitación que se ha brindado a quienes debieran acompañar los procesos dejan de lado la afectividad, malestar y complejidad de las situaciones. En este modelo, las víctimas se convierten en un protocolo de actuación institucional, las instituciones de la vida cotidiana, a pesar de ser conocedoras o receptoras de la situación sufrida, pocas veces continúan el acompañamiento familiar y afectivo de las infancias o de las víctimas, así como de aquellxs que conocen la situación y se preocupan. Las intervenciones que se realizan desde el protocolo de actuación que el gobierno de San Luis ha diseñado para intervenir en los casos de sospecha de abuso sexual contra niñxs y adolescentes indica procedimientos que principalmente consisten en la derivación de la persona al sistema judicial y luego a profesionales de la psicología, fortaleciendo la mirada individual y privada y revictimizando a

la víctima en lugar de generar líneas de acción que permitan comprender y abordar las situaciones de manera social e integral. A esto habría que sumarle que en la provincia si es unx niñx quien realiza la denuncia, esta tiene que estar ratificada por unx adultx, aspecto que a veces es imposible por las condiciones heteropatriarcales antes señaladas. Además, en el área de la salud lxs psicólogxs no han sido capacitadxs desde perspectivas sociales, ni de género, sino principalmente individuales y clínicas; las posibilidades de problematización relacionadas con el abuso sexual quedan cristalizadas en la elaboración del trauma, sus consecuencias y no necesariamente en la revisión de pautas sociales y creencias asociadas al heteropatriarcado, que nos permite una comprensión sexo afectiva- genérica relacionada con los roles sociales asignados, y que a la vez habilitan comprensiones de emociones frecuentes asociadas a la vivencia como son culpa o pudor.

Desde estos análisis y las características que presentaban las redes barriales, comprendimos que era necesario aprovechar el entramado intersectorial presente y desde allí comenzar a trabajar con lo posible desde nuestros lugares de inserción territorial. Vimos esa posibilidad asociada a ponerle palabra a la sexualidad desde la infancia y desde allí comenzar a profundizar alcances. De esta manera, surgieron como objetivos problematizar los procesos de sexuación desde una concepción sexual integral con perspectivas de género y derechos humanos y visibilizar la problemática de abuso sexual contra niñxs para poder abordar los miedos, incertidumbres y preguntas que lxs distintxs actores poseemos. De esta manera se delinea un proyecto de intervención y su puesta en práctica responde a la segunda etapa.

Segunda etapa: enredando encuentros

Los lugares donde realizamos el proyecto fueron el CAPS, la escuela y la plaza del barrio, cada uno con actividades diferenciales. En el CAPS la intervención se realizó en los talleres de control de niñez sana. Este es un dispositivo que funcionaba como espacio mensual de seguimiento interdisciplinar de niñxs durante el primer año de vida. Lxs participantes fueron madres, padres y sus hijxs de aproximadamente un año y profesionales del CAPS. Se realizaron dos encuentros, en los cuales se trabajó sobre la sexualidad integral, su comprensión desde los componentes de sexo, género, orientación sexual y relaciones sexuales. El objetivo era interpelarnos como sujetxs sexuadxs y analizarlo como un aspecto transversal a nuestras vidas y la de lxs niñxs. En el primer encuentro les dimos a lxs participantes hojas para anotar las palabras que se nos venían a la cabeza al escuchar el término sexualidad. En un afiche con un tronco pegamos las hojas y debatimos, agregando aquellas que luego de la problematización sentimos necesarias. La primera reacción frente a la consigna fue en algunos casos de pudor, sin saber qué decir, con risas. La genitalidad, la confusión de términos, la romantización de la sexualidad fueron algunos de los ejes que aparecieron, como también el cuidado y la orientación sexual. En el segundo encuentro trabajamos en torno al autocuidado de las personas cuidado-

ras y los atravesamientos sexogenéricos de estos procesos. Lo hicimos a través de un juego de las cuatro esquinas: en cada esquina de la salud hay un cartel (Sí, No, A veces, No sé). Las personas deben recorrer la sala y, frente a las frases, seleccionar la esquina que las identifiquen. Las afirmaciones utilizadas indicaban tareas de cuidado y roles frente a ellas (por ejemplo, «quien principalmente cuida a lxs niñxs en el hogar soy yo»).

Durante los talleres emergieron discusiones en torno a la crianza. Generalmente, los mensajes morales y sexistas eran los que aparecieron como obstáculos para la autonomía: con qué se les permite o no jugar a varones y mujeres, quiénes tienen tareas de cuidado asignadas en las casas, cómo son las reparticiones de roles familiares en torno a la crianza, etcétera. Las mismas familias problematizaron estos lugares. Además, muchas veces, primó la comprensión de la sexualidad en tanto reproductiva: las madres y padres se focalizaban en la adolescencia y principalmente vinculada a las relaciones sexuales. Otro de los temas que generaba preocupación era la posibilidad de que sus hijxs fueran víctima de abuso sexual, lo que permitió profundizar en los modos de prevenirlo (respetar sus opiniones, creer en su palabra, reconocer sus «no» como válidos, etcétera). Los espacios de confianza sobre la sexualidad se dan a lo largo de la vida, por lo que los diálogos y la conciencia de la existencia de la sexualidad de modo transversal a las vidas fue eje de abordaje a través de generar canales de escucha y confianza que promuevan vínculos habilitantes y contenedores. Además del trabajo en el espacio del taller, se realizaron trípticos con información sobre la temática para entregar a las familias y continuar con la problematización a partir de ellos. Estos mismos trípticos también fueron material para que el programa Primeros Años⁴ sintiera habilitación para llegar con la temática a las casas.

Las actividades que realizamos en la escuela fueron talleres en las tres salas de 4 años. Realizamos el primer encuentro con las madres y padres de lxs niñxs. En este encuentro se persiguió el mismo objetivo de los talleres realizados en la salita. Las discusiones en este espacio hicieron más énfasis en problemas de crianza, cómo poner límites, cómo protegerlos frente a abusos. La salida de la casa les daba mayor sensación de riesgo a las madres. Sin embargo, varias de ellas mencionaron la importancia de mirar en los mismos hogares el tipo de vínculo, ya que muchas veces son los mismos familiares quienes lo generan.

Luego, se propuso un espacio de dos encuentros de actividades lúdicas entre las personas adultas y lxs niñxs de los jardines a través del relato de un cuento *¡Estela grita muy fuerte!* (Olid, 2008). Estela es una niña que podía marcar límites y denunciar situaciones de malestar o abuso sobre su cuerpo. Se realizó una puesta en común luego de la lectura y se finalizó la serie de talleres con una interven-

4 Primeros Años es un programa nacional de alcance a familias de niñxs de 0-4 años. Es un programa que funciona en territorio con facilitadoras. Ellas tienen familias asignadas y hacen procesos de seguimiento con información pertinente para el acompañamiento a la crianza.

ción artística comunitaria en la plaza del barrio junto a todxs lxs participantes. Esta consistió en realizar dibujos luego de la lectura del cuento. Esos dibujos fueron colgados en la plaza y en la escuela con un logo que decía «No al abuso sexual contra niños y niñas». Cada niñx junto a una persona adulta elegían dónde colgar los dibujos: en la escuela, en la plaza, en la vereda.

La comunicación vuelve a ser transversal, no solo desde los dispositivos artísticos y de información, sino a través de espacios de participación en donde las vivencias de las personas que participan se vuelven eje de diálogo. Por lo que la comunicación entendida desde lo comunitario no debe anclarse solo al terreno de los medios (entiéndase ‘medios’ como cualquier herramienta de difusión); es importante también entender el carácter de facilitadora a la hora de garantizar el acceso a la información y al compartir vivencias y saberes.

Estos espacios de taller generaron diferentes reacciones en las instituciones. Por un lado, en el CAPS se empezó a discutir el tema como parte de una problemática presente en la comunidad. A su vez, emergieron en los comentarios cotidianos, ejemplos y chistes recordando situaciones personales en torno a la sexualidad o vinculados a sus hijxs. Esto lleva al pedido de incluir como parte de la planificación de los controles de niñxs sanxs el abordaje de la temática.

En la escuela, los diálogos más directos con las docentes evidenciaban la necesidad de generar acuerdos para la intervención y seguimiento. Se planificó continuar con encuentros para revisar y fortalecer modos de actuación coordinada entre las instituciones.

A su vez, las personas que participaban de los encuentros recuperaban con rapidez vivencias, compartían experiencias personales tanto de sus vidas como en las relaciones con sus hijxs en torno al desarrollo integral, los lugares de comunicación, aspectos relativos a la educación y los roles de género, entre otros. Si bien los primeros intercambios encerraban cierta timidez, poco a poco se animaban a compartir sus vivencias, aconsejaban a sus pares, disentían y también consultaban sobre dudas, logrando problematizar posturas frente a la crianza y la sexualidad de lxs niñxs. Consideramos importante este aspecto en tanto la sexualidad es un tema tabú y las vivencias son poco reconocidas como saber. Creemos que poder reflexionar, volverlas a pasar por el cuerpo, la voz, deconstruyendo mitos, revisando vivencias, puede permitir construcciones diferentes y problematizadoras de la sexualidad con otrxs en un marco de respeto y contención.

Tercera etapa: nuevos desafíos para diálogos y acciones colectivas

Comenzar el año hace que la rutina se modifique, tanto en las casas de lxs vecinxs del barrio como en las instituciones y quienes las transitamos diariamente. En estos momentos, los ritmos institucionales habilitan y frecuentemente exigen revisar proyectos. Además, muchas veces coincide con las planificaciones personales. En estos encuentros de principios de año empezaban a resurgir las ganas de hacer

algo juntas con mujeres referentes barriales con quienes habíamos compartido en otros espacios experiencias muy satisfactorias.

Durante años anteriores desde el CAPS se había convocado a vecinxs y a referentes institucionales de la zona a participar de proyectos de co-gestión. Se habían sostenido y con ello podido identificar algunas necesidades de la zona, gestionando algunos pedidos en conjunto y realizando cambios organizacionales. Ahora el volver a reunirnos venía acompañado de un pedido y una búsqueda en conjunto.

En estas instancias nos preguntamos cómo hacer para poder ampliar las tareas que venimos haciendo. ¿Cómo construir espacios y ejes de trabajo que nos permitan hacer abordajes integrales de salud ya no solo desde las instituciones, sino desde acciones que incluyan a la comunidad en su conjunto? Esto porque para el Centro de Salud era pulso aumentar la participación comunitaria.

Estas redefiniciones de los objetivos nos hacían realizar un viraje en la propuesta de intervención. Entendíamos que la posibilidad de formular el proyecto con diferentes referentes territoriales y no solo institucionales era un avance en el ejercicio de derechos. Chapela (2007) plantea que con una participación con ejercicio de prácticas reflexivas de libertad se habilitan procesos de promoción de la salud ciudadana. Esto implica el ejercicio del poder en la comunidad reconocida como sujeto de derecho.

Empezamos el proceso de convocatoria con la decisión como equipo de trabajo de abrimos de nuestro principal objetivo y poder ampliar las posibilidades a través de la participación de las vecinas, referentes y miembros de instituciones. Por lo tanto, abrir el equipo de abordaje. Para modificar las formas de trabajo había que modificar sus mismas lógicas.

La primera actividad en la reunión de inicio fue contar qué estaba realizando cada persona que estaba presente: miembros de uniones vecinales, iglesias, vecinos, organizaciones sociales, profesionales, cada unx con preocupaciones diferentes. Además, nuevos problemas, como es el consumo de sustancias. Por otro lado, temores: «De eso no sabemos, vamos a necesitar capacitaciones», pero también lugares de reconocimiento de lo que sí saben o tienen experiencia. En este punto aparecieron tensiones entre los saberes profesionales y populares, donde la voz profesional posee peso de verdad y saber legitimado.

La cercanía del 8 de marzo, Día Internacional de las Mujeres Trabajadoras, y el desafío de hacer algo para conmemorarlo llevó a la propuesta de organizar una actividad en el barrio. La importancia de hacerla se basó en visibilizar el día y sus motivos en el barrio, como así también a las mujeres que vienen construyendo poder popular en sus territorios, ya que son ellas quienes mayormente trabajan por los demás y por sus comunidades. También se entendía que era un momento para sensibilizar sobre los lugares de falta de equidad entre hombres y mujeres. Anteriormente, con las mujeres participantes se había planteado la dificultad de las personas de la zona en participar y por lo tanto de acceder a espacios de encuentros para reflexionar y compartir en torno al tema. Se hizo hincapié en que

la actividad tenía que ser un diálogo entre las formas territoriales de acercarnos a la importancia del día y a la de los feminismos, porque muchas veces el discurso feminista era disruptivo y muy taxativo. Además, las mujeres después tenían que volver a la casa, donde se daban los lugares de opresión.

Para lxs participantes era importante acordar en el hacer, no debatir tanto, «sentir que hacemos y no nos quedamos en la discusión». Se acuerda realizar una caminata desde distintos puntos de encuentro hacia la plaza barrial con mateada, juegos y música. Luego, los encuentros de planificación sí trajeron discusiones sobre el cómo hacer, para qué y por qué, y a la vez mucha alegría y entusiasmo en el hacer juntxs. Otro de los ejes de tensión era sobre la participación del gobierno, los lugares de respeto de los acuerdos de la mesa de planificación.

La escuela decidió no participar del proceso de organización de la actividad, sí habilitó a que docentes y estudiantes concurrieran a la plaza. Algunas docentes habían trabajado previamente con lxs estudiantes de nivel primario y habían organizado presentes con frases alusivas a la fecha.

La inclusión de diferentes generaciones en la organización fue uno de los desafíos que construimos, ya que muchas veces hay niñxs y adolescentes en las reuniones barriales; sin embargo, ellxs no participan de la conversación, la apropiación y el hacerlos parte era una preocupación que se tenía. Con base en esto se realizaron dos ejes de actividades: las adolescentes definieron elegir música para el día, seleccionaron aquella que disputaba sentidos sobre el ser mujeres y se organizaron actividades para niñxs con relación al día.

Otras actividades que se realizaron en el encuentro fueron armar notas para informar e invitar a escuelas, afiches y volantes digitales e impresos para convocar. Se hicieron carteles, se seleccionaron poesías que fueron leídas para reflexionar sobre el sentido del día. Murgas y músicxs de la zona y comprometidxs con la zona acompañaron en la actividad. El gobierno envió a un cantante que no respetó los acuerdos construidos en la mesa, aspecto que trajo malestares y discusiones. Si bien contar con el apoyo económico del gobierno se había entendido como importante, no se había logrado respetar el acuerdo sobre el contenido del día.

En estos encuentros y con estas preguntas y desafíos se fueron fortaleciendo procesos previos, posibles por relaciones de largo plazo. Si bien al iniciar el proceso de apertura hacia lo comunitario pensamos que íbamos a cambiar los objetivos, esto no fue así. Durante el proceso de organización del evento se sostuvo la importancia de las voces de las infancias y de visibilizar las opresiones hacia las mujeres; se generaron debates que trascendieron la casa, y esto no solo promovido desde nuestros intereses, sino que se abría en los diálogos territoriales. Trascender las lógicas patriarcales en los vínculos de poder permitió poner preguntas sobre el respeto a los acuerdos, la dificultad que tienen los actores municipales para poder decidir y la importancia de las construcciones colectivas.

Luego de este evento se generaron otros de alcance colectivo, todos posibles con una tarea clara y precisa. Por ello entendemos que la promoción de la salud

precisa considerar algunos aspectos desde nuestras experiencias. Por un lado, definir tareas y, desde el hacer, problematizar aspectos vinculados con las concepciones y necesidades territoriales en torno a la salud. Por otro lado, visibilizar los lazos y la historia que se comparte en las comunidades, que hace a las vinculaciones cotidianas, que hacen al sentimiento de un nosotrxs y, por lo tanto, confiar, apoyarse y cuidarse en la cotidianeidad de los territorios. Es en el lazo común del cuidado que nos permite impulsar prácticas en salud basadas en lo relacional, donde el acto de cuidar sea medio y fin en sí mismo (Merhy, 2006).

Bang (2016) considera que las matrices creativas tienen fuerza para poder trasladarse a otros ámbitos de la vida comunitaria que sirven luego para aportar soluciones a problemáticas concretas. En los encuentros y diálogos que se tejen en torno a la tarea, los procesos de problematización que van surgiendo habilitan acuerdos e ideas para generar abordajes que fortalecen los vínculos y los espacios de confianza para poder visibilizar, problematizar y abordar situaciones complejas de modos cuidados, tanto para lxs efectores como vecinxs. Entendemos que este tipo de propuestas exceden la promoción de la salud hacia una promoción de la salud comunitaria, ya que surgen y se sostienen en construcciones territoriales de largo plazo y sostenidas por los lazos sociales.

A modo de síntesis y revisión de desafíos

Esta experiencia habilitó relecturas de algunos conceptos base del campo de la salud y abordajes poco frecuentes en construcciones y acompañamientos territoriales vinculados a la sexualidad integral con perspectiva de género y derechos humanos. Nos permitió observar procesos de construcción territorial con cambios en lógicas de generar propuestas de intervención. Por un lado, las modalidades de intervención de la primera y segunda etapa se vincularon a procesos principalmente de corte sanitario intersectorial preventivo/promocionales. Fueron acciones específicas que partieron de una necesidad vinculada con las características epidemiológicas. Habilitaron conformar equipo con acuerdos políticos y técnicos y en la etapa de intervención permitieron el diálogo interdisciplinario y popular con procesos de sensibilización social sobre el tema. Esto se observó no solo en las cualidades de los diálogos que se abrieron en los talleres, sino también en cómo las temáticas trabajadas se han sostenido a lo largo del tiempo y en diferentes programas y espacios sanitarios. En la tercera etapa reconocemos procesos de promoción de la salud comunitaria, ya que profundiza el vínculo territorial entre diferentes actorxs ahondando en la participación, los debates y la toma de decisiones con la red de la vida cotidiana sosteniéndose en el tiempo.

Spinelli (2012) menciona que para que haya cambios sociales hay tres aspectos que funcionan de la mano: las construcciones dadas por los espacios de participación (la política), otro que se desprende de las decisiones políticas (leyes, po-

líticas públicas, etcétera) y las prácticas de los diferentes actores. En términos de sexualidad, si bien en la Argentina existen muchas leyes que la abordan, no son de conocimiento público y menos aún son accesibles a espacios de debate público con personas de la comunidad. Además, la mayoría de los abordajes que proponen son de tipo individuales y privados. En esta experiencia, consideramos que se realizaron aportes al visibilizar temáticas como el abuso sexual contra las infancias, problematizar las naturalizaciones sexogenéricas que reproducimos y que generan malestar y violencia. En las discusiones y abordajes se compartieron perspectivas sobre los temas eje de análisis y dónde se fueron delineando construcciones compartidas y enriquecidas por las opiniones y experiencias de lxs demás participantes. También ahí se generaron tensiones que muchas veces pudieron delimitar qué espacios son los que no se negocian.

En las diferentes etapas se pueden observar las posturas políticas de las instituciones que intervienen y las habilitaciones hacia algunos modos de construcción diferenciales. La escuela aparece como receptora de propuestas y habilitadora de espacios para que estos se desarrollen. La municipalidad interrumpe los procesos de diálogo y expone a sus trabajadorxs sin respetar los acuerdos. El CAPS, las uniones vecinales y las organizaciones sociales intentan potenciar espacios de participación comunitaria con diferentes propuestas de salida institucional. A su vez, el CAPS habilita en sus prácticas construcciones intersectoriales, les da lugar en sus espacios de trabajo, lo cual nos habla de su perspectiva sobre la salud. Mencionamos esto porque consideramos que es desde estos reconocimientos el cómo podemos construir propuestas que se adapten a las posibilidades de construcción y potencien las posibilidades de lo común.

Es preciso contextualizar las intervenciones territoriales en los procesos de evaluación para poder reconocer los modos posibles. Las políticas públicas y los programas estatales muchas veces proponen estrategias de intervención con baja participación comunitaria. Entendemos que procesos como el que compartimos nos dan pistas de construcciones participativas por fuera de las propuestas estadocéntricas. Estas, tal como mencionan Muñoz y Martín (2021), potencian el lazo social y permiten sostener procesos comunitarios a largo plazo.

Consideramos, además, que abordar temáticas complejas desde los entramados comunitarios habilita a tener espacios de problematización colectivos de manera que los acompañamientos no queden en una sola persona o en varias de instituciones diferentes, sino sostenidas en equipos. Así, quienes nos relacionamos en las prácticas podemos crear otros modos de atravesar las prácticas en salud y cuidados desde marcos diferentes que integren no solo un protocolo de actuación, sino las voces, sentires y vivires.

Durante el proceso, las instancias de encuentro y debate han sido un aspecto importante sobre todo en el sostén en momentos complejos de abordaje, en el armado de nuevas propuestas, en las reflexiones y en los puntos de viraje. La comunicación comprendida integralmente se vuelve núcleo no solo en el discurso, sino

en la presencia de intercambios verbales y no verbales que tienden lazos que a la vez contienen frente a la complejidad. Así también, la comunicación como soporte visual y desde las producciones artísticas ha sido una herramienta. Por lo tanto, entendemos la comunicación como eje transversal de las interacciones humanas y, de esta manera de las prácticas, no solo desde la información que se intercambia, sino principalmente desde el aspecto afectivo y subjetivo que se moviliza en los encuentros.

Los procesos participativos comunitarios se basan en el hacer conjunto. La posibilidad de sostenerlos se encuentra ligada a la acción y a la articulación de la presencia y el compartir en torno a la tarea. Entendernos en la acción hace también que nos animemos a pasar por el cuerpo las vivencias, a entender en la relación con el otro o la otra las construcciones y, por lo tanto, las diferencias y semejanzas en las formas de entender y de resolver los problemas. Es en el hacer donde aparece la reflexión. Bang (2014) sostiene que resulta necesaria una apertura que incluya lo colectivo, lo diverso y lo histórico en la lectura del malestar y bienestar de una época. Así será posible aceptar nuevas demandas, trabajar desde las contradicciones y construir con los otros en la heterogeneidad.

Es necesario que se pueda responder a las necesidades y emergentes desde las instituciones y organizaciones, así como promover procesos de salud. Tal vez los nuevos desafíos vienen ligados a construir bases de lo común para hacer, acompañar a las instituciones, construir acuerdos y nuevos proyectos que nos permitan seguir encontrándonos para pensar y realizar acciones con la comunidad, respetando los pulsos y la posibilidad de pregunta de cada momento. En estos encuentros y diálogos, ir avanzando en procesos participativos emancipatorios que repercutan en mayor visibilización de los diferentes colectivos, sus relaciones, malestares y recursos para reconocerlos y seguir avanzando a procesos de salud comunitaria.

Referencias bibliográficas

- Bang, C. (2014) Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13(2), 108-120. doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE2-FULLTEXT-399
- Chapela, M. C. (2007) Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. En E. Guinsberg y E. Jarillo (2007) (coords.), *La salud colectiva en México* (cap. 14). Lugar Editorial.
- Díaz, H. y Uranga, W. (2011). Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. *Revista de Comunicación y Salud*, 1 (1), 113-124.
- Guerra, L. (2009). Familia y heteronormatividad. *Revista Argentina de Estudios de Juventud*. <http://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/revistadejuventud/article/view/1477>
- Gutiérrez-Aguilar, R. (2011) Los ritmos del Pachakuti: cómo conocemos las luchas de emancipación y su relación con la política de la autonomía. *Destacados*, 37, 19-32.
- Martí, O.R. y Madrid, E. M. (2006) *Didáctica de la educación sexual: un enfoque de la sexualidad y el amor*. Editorial SB.
- Merhy, E. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Lugar Editorial.
- Muñoz Rodríguez, M. y Martín, S. (2021). Entramados entre lo común y el Estado como clave para revisar la participación en salud. *Saude social*, 30 (2) <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200604>.
- Olid, I. (2008) *¡Estela grita muy fuerte!* Fineo.
- OMS (2016) INSPIRE. Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health*. OMS.
- Rafael, C. (2016, 11 de setiembre) Entrevista a Eva Giberti sobre niños y niñas víctimas de abuso sexual. *Diario El Popular*.
- Segato, R. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Universidad Nacional de Quilmes.
- Sonis, A., Bello, J. y de Lellis, M. (2010). *Salud y sociedad: módulo 1*. Ministerio de Salud de la Nación.
- Spinelli, H. (2012). El proyecto político y las capacidades de gobierno. *Salud Colectiva*, 8(2):107-130.
- Videla, M. (1991). *Prevención: Intervención psicológica en salud comunitaria*. Ediciones Cinco.
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429-445.