

Mesa 9. Cuidados, familia y salud

Título: Análisis interseccional de un programa de salud y género en Córdoba

Autoría: Sánchez, Lucía¹. Johnson, Cecilia ^{1,2}. Paz Ruiz, Denise¹. Saletti-Cuesta, Lorena¹. Crosetto, Rossana². Harrington, Claudia ³. Aizenberg, Lila ¹. Bosio, Maria Teresa ².

1. CIECS- CONICET-UNC
2. Facultad de Ciencias Sociales- Universidad Nacional de Córdoba
3. Universidad Nacional de Río Cuarto

luciasanchez09@gmail.com; cecilia.johnson@unc.edu.ar; denisepaz.ruiz@gmail.com; lorenasaletti@unc.edu.ar; rcrosetto@unc.edu.ar; harringtonclaudiaalejandra@gmail.com; lila.aizenberg@gmail.com; maria.teresa.bosio@unc.edu.ar

Resumen

Para abordar una problemática compleja y estructural, como la salud y el género, se requiere del compromiso colectivo y de políticas públicas integrales, intersectoriales y transversales.

Para ello, los Estados deben estar presentes a través de legislaciones y programas públicos. El objetivo de este trabajo es analizar desde un abordaje interseccional las representaciones sobre salud integral presentes en una política pública de la Provincia de Córdoba. Se realizó un análisis cualitativo de un programa provincial orientado a la salud: Programa de Salud Integral de la Mujer, creado en contexto pandemia para fortalecer el acceso a los servicios de salud. Se presentarán los resultados de la búsqueda documental sobre este programa público que articula el Ministerio de la Mujer y el Ministerio de Salud de la provincia. Las fuentes utilizadas se analizaron con el enfoque Intersectionality Based Policy Analysis (IBPA), que permite a partir de una selección en su guía de preguntas, indagar las representaciones sobre una problemática en las fuentes seleccionadas.

Introducción

Para abordar una problemática compleja y estructural, como la salud y el género, se requiere del compromiso colectivo y de políticas públicas integrales, intersectoriales y transversales. Para ello, los Estados deben estar presentes a través de legislaciones y programas públicos.

Si bien en Argentina existen normativas que reconocen el acceso a la salud y a los derechos sexuales (Pecheny y De la Dehesa, 2011) -como el acceso a métodos anticonceptivos, el respeto a las formas de parir, por mencionar algunos- aún persisten diversos obstáculos en el acceso a una salud integral. Por ejemplo, la accesibilidad y la

disponibilidad de servicios en diversos territorios de la Provincia de Córdoba, es desigual y se encuentra socialmente estratificada. Asimismo, existen barreras simbólicas, que se vinculan a las representaciones de las personas sobre los profesionales de salud, respecto los servicios de atención, como a las concepciones y creencias sobre la sexualidad y la reproducción (Sánchez y Johnson, 2020; Vaggione, Johnson, Bard Wigdor, 2021). Además, la pandemia ha profundizado los obstáculos de género para la atención de las necesidades diversas en materia de salud y violencia de género (Saletti Cuesta y Aizenberg 2021).

En el caso de las violencias de género, el análisis de políticas públicas para abordar esta problemática en Latinoamérica identifica una debilidad en la continuidad de las políticas y una respuesta institucional fragmentada, recursos presupuestarios insuficientes y liderazgos limitados (Essayag, 2017). En nuestro país, se ha identificado que hay una vinculación entre violencia de género, autonomía y responsabilidades de cuidado, comúnmente ignorada en la formulación y aplicación de las políticas públicas. Asimismo, se han señalado inconsistencias e incoherencias tanto en el diseño de las políticas como en su implementación, y ausencia de perspectiva de género y de procesos participativos (Voria 2019). Se observan desigualdades regionales en nuestra Provincia y una falta de articulación sostenida de las políticas y abordajes comunes para abordar las violencias, tanto en las localidades como en los diversos sectores de la sociedad (salud, medios de comunicación, educación, justicia, etc.). En cuanto al sector salud y su rol ante la violencia de género se observa que su integración en políticas y programas de atención de violencia de género, es lenta y variada y se han observado diferencias en las estrategias ejecutadas en diversas regiones del país (Saletti-Cuesta et al 2020; Saletti-Cuesta 2021).

La interseccionalidad como herramienta analítica permite comprender la complejidad de las personas situadas en una sociedad concreta y sus diversas experiencias, a partir del análisis de los diversos ejes de desigualdad que se influyen entre sí actuando de manera conjunta (Collins y Bilge, 2019). Esta perspectiva comprende las relaciones sociales como construcciones atravesadas de modo simultáneo por distintos órdenes - sean de clase, género, raza u otro - y que según las distintas configuraciones históricas conformarán las experiencias situadas de las personas y les otorgará significado, en función de cómo tales categorías se actualizan y se articulan entre sí (Coll-Planas y Solà-Morales, 2019).

En el ámbito de las políticas públicas la interseccionalidad aún se encuentra en desarrollo, debido a la complejidad de su enfoque y a su relativa novedad, aunque ya habiendo mostrado las limitaciones y el carácter excluyente que tiene los métodos tradicionales y unidimensionales en la creación de políticas (Hankivsky y Cormier, 2011). Por lo tanto, supone un desafío para las políticas públicas, ya que cuestiona principalmente dos dinámicas comunes. La primera es que las políticas tienden a dirigirse a sujetos considerados de la "ciudadanía en general" sin observar los distintos ejes que actúan

desigualando a determinados grupos sociales. La segunda es que se dirigen de manera focalizada a ciertos grupos sociales que comparten un mismo eje de desigualdad sin tener en cuenta los entrecruzamientos entre tales marcadores, construyendo así un "sujeto estándar" como "la mujer", "el joven", "la persona mayor", y esto de igual modo ocultará sesgos y exclusiones (Coll-Planas et al, 2019).

Córdoba y el programa Salud Integral de la Mujer

El programa de Salud Integral de la Mujer (PSIM) surge en el año 2020 y en su creación y ejecución involucra tanto al Ministerio de la Mujer¹ como al Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Su lanzamiento fue el día Internacional de Acción para la Salud de las Mujeres, el 28 de mayo de 2020. El objetivo del PSIM es garantizar el acceso de las mujeres a los servicios esenciales de salud y así asegurar la atención de salud integral durante el contexto de la pandemia por el COVID-19. Se plantea principalmente como un programa de articulación interministerial. El contexto de problemáticas que dan lugar a este programa se vincula con la situación de emergencia sanitaria, específicamente con el impacto negativo sobre los programas de sexual y reproductiva, que derivaron en limitaciones para el acceso a los métodos anticonceptivos y de contracepción de emergencia; también, para el acceso a controles preventivos de cáncer de mama y de cuello de útero. Además, parte de dos problemáticas vinculadas a la salud que se vieron agravadas durante la pandemia, por un lado, el consumo problemático de sustancias y las adicciones; y por el otro, el aumento de violencia de género en el ámbito doméstico. En función de esto, el PSIM establece cinco ejes que incluye: 1) consejería telefónica sobre salud sexual y reproductiva; 2) protección de la embarazada y su bebé; 3) cáncer de mama y cáncer de cuello uterino; 4) adicciones; 5) prevención de la violencia. Debido al carácter interministerial del PSIM y a que se propone como un articulador de programas existentes, estos ejes se vinculan con otros programas que ya vienen siendo gestionados por diversas dependencias, por lo que, el primer eje se vincula con el Programa de Salud Sexual (1995); el segundo eje con el Programa Córdoba con ellas (2010); el tercero con el programa Córdoba Rosa (2017); el cuarto con la Red Asistencial de Adicciones (2016); y el último eje con el Programa Punto Mujer (2020).

¹ La creación del Ministerio de la Mujer es reciente, en diciembre de 2019. Esto jerarquiza a la Secretaría de Lucha contra la Violencia a la Mujer y Trata de personas perteneciente a la órbita del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Provincia. Cabe señalar que la creación del Ministerio de la Mujer implicó transformaciones diversas respecto a la estructura de otros Ministerios, Secretarías y Áreas estatales.

Metodología

Se realizó un análisis de fuentes primarias (orales y documentales) utilizando el enfoque Intersectionality Based Policy Analysis (en adelante IBPA), propuesta desarrollada por Hankivsky (2012). IBPA incluye una serie de 12 preguntas orientadoras para el análisis interseccional. Al ser un enfoque flexible, para este análisis se recuperaron cinco preguntas (Tabla 1), por considerarse las más pertinentes para las fuentes disponibles.

Las fuentes analizadas fueron tres entrevistas a informantes claves, un documento estatal referido al PSIM y seis textos normativos-leyes y decretos- de programas vinculados al PSIM. Estos son: Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Red Asistencial de Adicciones de Córdoba, Programa Córdoba con Ellas, Programa Punto Mujer y Programa Córdoba Rosa.

Como limitación de este trabajo destaca que no existe ningún texto normativo del Programa de Salud Integral de la Mujer (PSIM). La tabla 2 describe las fuentes documentales utilizadas.

TABLA 1. PREGUNTAS UTILIZADAS DEL IBPA

¿Cuál es el "problema" político en cuestión y qué supuestos (por ejemplo, las creencias sobre las causas del problema y la población o poblaciones más afectadas) subyacen a esta representación del "problema"?
¿Cómo han surgido las representaciones del "problema" ?
¿Cómo afecta esta representación del "problema" a los distintos grupos?; ¿Quiénes se consideran los más favorecidos y quiénes los menos favorecidos dentro de esta representación?
¿Cuáles son las respuestas políticas actuales al "problema"? Objetivos de las políticas
¿Las políticas actuales se centran en grupos objetivo ? Si es así, ¿se les considera homogéneos o heterogéneos ?

TABLA 2. FUENTES DOCUMENTALES INCLUIDAS

Documento oficial "Plan SIM. Salud Integral de la Mujer"(2020).
Ley 8535. Programa de Salud Reproductiva y Sexualidad(1995). Disponible en: https://cutt.ly/9KUT85Q
DECRETO 1.754 Creación de la Red Asistencial de las Adicciones de Córdoba RAAC. (2016). Disponible en: https://cutt.ly/9KUT85Q
DECRETO 669.Creación del Programa Córdoba con Ellas (2010). Disponible en: https://cutt.ly/3KUUeQQ
DECRETO 1130. Implementacion del Programa Cordoba con Ellas (2016)Disponible en: https://cutt.ly/dKUU3Qh
DECRETO 155 . Creación del Programa Punto Mujer (2020). Disponible en: https://cutt.ly/SKUUsAF
LEY 10503. Programa Córdoba Rosa (2017). Disponible en: https://cutt.ly/xKUPHHP

Resultados

El *problema que busca dar respuesta* el programa PSIM se vincula con la problemática de acceso a los servicios de salud, principalmente los de nivel preventivo, debido a los obstáculos que surgen durante la pandemia y las medidas de aislamiento preventivo obligatorio. A su vez, define dos problemas vinculados a la salud, las adicciones y la violencia de género, que se han mostrado en aumento a partir de las medidas de confinamiento social. Los *supuestos que subyacen a la definición del problema* se vinculan estrechamente con circunstancias que surgen en la situación de emergencia sanitaria y que rápidamente se advierten como obstáculos para la accesibilidad a los centros de salud y para la continuidad de los programas preventivos, de detección precoz y asistencia sobre ciertos eventos que afectan la salud de las mujeres cis que abarcan desde cáncer de mama y útero, embarazos no intencionales, abortos inseguros, enfermedades de transmisión sexual, hasta problemáticas más complejas como adicciones y violencia de género. En general la *representación del problema* se presenta vinculado a indicadores y factores de riesgo sobre ciertas afecciones relacionadas a la salud de las mujeres cis, como a la importancia del sostenimiento de una estrategia sanitaria de control y detección precoz. También, se observa una representación vinculada a la emergencia de enfermedades, en términos de "nuevos brotes", sobre el aumento de consumo de sustancias y sobre las situaciones de violencias de género. La *repuestas políticas* del programa se orientan a facilitar el acceso de las mujeres a ciertos controles de salud y espacios de consejería, mediante la gestión de turnos protegidos y a través de circuitos de salud seguros. El *grupo objetivo* de este programa son las mujeres cis en edad reproductiva como grupo homogéneo, y en función de la estrategia generada para cada eje se tiene en cuenta otras condiciones, como por ejemplo, si cuenta con obra social o no.

Debido a la amplitud de problemas que aborda el programa y a que las estrategias generadas para esto se asientan sobre la experiencia y los recursos de programas ya existentes, y dependientes de distintos sectores (Ministerio salud y Ministerio Mujer), es que a continuación se describen los resultados por cada eje de problema abordado.

1) Consejería telefónica sobre salud sexual y reproductiva

Desde 1996 la provincia de Córdoba cuenta con un "Programa de Salud Reproductiva y Sexualidad" - Ley 8.535 - que se enfoca principalmente "garantizar a las personas el poder decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos". El problema político que se busca responder se vincula con circunstancias que afectan y condicionan la posibilidad de decidir libremente sobre la salud sexual y reproductiva, bajo el supuesto de

que este inconveniente está relacionado con la falta de información y educación como con la falta de capacitación de agentes de salud sobre estos temas. La respuesta política que se define se orienta a la campañas de difusión, capacitación de profesionales de salud, como a la educación, capacitación y asesoramiento sobre salud y sexualidad por parte de los agentes de salud. También, establece la posibilidad de prescripción de métodos anticonceptivos por parte de profesionales de la medicina. La población objetivo son las personas en edad reproductiva y que son sexualmente activas, consideradas como grupo homogéneo. Es preciso mencionar que este programa tal como se manifiesta hoy está en desacuerdo con avances más recientes sobre derechos sexuales reproductivos y no reproductivos, como la ley nacional N° 26.130 de anticoncepción quirúrgica, la Ley N° 27.610 de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. Si bien este programa se encuentra vigente se desconoce si efectivamente es tomado como marco de referencia por parte de profesionales de la salud de la provincia de Córdoba.

Para el caso del PSIM, incluye en la definición del problema la reducción de los suministros de métodos anticonceptivos, situación que se manifiesta a nivel global, y la reducción de las mujeres cis en edad reproductiva a los centros de salud durante la pandemia por temor a contagiarse. Dentro de la respuesta políticas generadas se incluye estrategias para facilitar el acceso como una línea telefónica para receptor y registrar las necesidades de anticonceptivos y de contracepción de emergencia. También incluye asesorías virtuales a través de consultas privadas por las redes sociales que, para este caso el grupo objetivo son las y los adolescentes.

2) Protección de la embarazada y su bebé

El plan de protección de la embarazada y su bebe, surge en 2010 dentro del Programa Córdoba con ellas, inscripto en su momento en la Secretaría de Equidad y Promoción del Empleo de la Provincia de Córdoba. Córdoba con Ellas es un programa que plantea como objetivo: "promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer". Es menester considerar que en la actualidad, dicho programa depende del Ministerio de la Mujer. Los decretos analizados (Decr 669 y Decr 1130), más allá de que son previos a este cambio, al ser los vigentes fueron los considerados para el análisis.

El problema que plantea el Plan de protección a la mujer embarazada y su bebe es la falta de conciencia y la ausencia de un rol pro-activo de las mujeres en el cuidado y atención de su salud vinculado a falta de recursos materiales

La población a la que está dirigida este eje es mujeres embarazadas ya sean adultas o menores de edad en situación de vulnerabilidad social y económica, siendo como condición de acceso al mismo, no tener obra social.

El objetivo de este programa es "empoderar y concientizar" a las mujeres destinatarias en el reconocimiento y ejercicio de sus derechos, mediante un rol proactivo en el control de su salud en un marco de promoción y prevención. Para ello, las respuestas que se delimitaron en los decretos analizados eran: consultorios móviles de control ginecológico, salud bucal y oftalmológica; y la difusión de información referida a salud sexual y reproductiva. Según el documento oficial correspondiente que describe el PSIM, actualmente las líneas de acción del mismo serían: detección temprana del embarazo y control prenatal completo en clínicas privadas y públicas; asignación por Embarazo Córdoba (AxE) mes adicional de asignación por embarazo destinado a las embarazadas que ingresaron al plan con dos meses de gestación; asignación por Embarazo que otorga ANSES; suplemento nutricional: entrega mensual de dos leches enteras fortificadas hasta el momento del parto; entrega de medicamentos gratuitos a través de la farmacia: Óvulos antimicóticos; Antiespasmódicos; Antibióticos; Complejos vitamínicos; Metoclopramida; Ranitidina; Acceso al Ajuar para la embarazada y su bebé y el neceser de salud sexual y reproductiva con preservativos y anticonceptivos para la lactancia; acompañamiento de Doulas con modalidad telefónica. Se infiere que se considera a las mujeres embarazadas que viven situaciones de vulnerabilidad socio-económica como un grupo homogéneo

3) Cáncer de mama y Cáncer de cuello uterino

Este eje, está enfocado a la detección precoz y pronto tratamiento del cáncer de mama y cáncer cérvico uterino en el territorio provincial. Según el documento oficial, sus líneas de acción son dos. En primer lugar la activación de Circuitos de Salud de la Mujer en Hospitales Provinciales y con turnos protegidos para realizarse papanicolaou, colposcopia, ecografía mamaria y mamografía y análisis bioquímicos. Los circuitos son una estrategia de intervención que implican un recorrido que permite acceder a una evaluación completa de salud en un solo día, para facilitar el acceso a los controles preventivos, que permitirá a las mujeres contar con una atención centralizada en lo referido a su salud física. En segundo lugar, la realización de campañas mediáticas para reforzar los controles en esta materia. Este eje se vincula con el Programa Córdoba Rosa, vigente desde 2017 en la provincia. El texto normativo, enuncia como antecedente la Ley Nacional 26606 de 2010 abocada a la prevención del cáncer de mama. El problema planteado por esta normativa es la escasa concientización sobre el cáncer de mama, su alcance, la manera de prevenirlo, detectarlo y tratarlo. La respuesta a este problema es mediante el objetivo del programa, que apunta a: "promover la concientización activa sobre el cáncer de mama, el alcance de dicha patología, su prevención, detección precoz y pronto tratamiento en todo el territorio provincial". En el texto, la política se dirige a la población en general, poniendo foco en la promoción

mediante iluminación en la vía pública, no obstante, es posible inferir que solo se piensa en mujeres cis.

4) Adicciones

Otra de las problemáticas que aborda el PSMI es el de las adicciones específicamente sobre la población de mujeres en proceso de gestación y la afectación que el consumo tiene en la persona por nacer. Se parte de una lectura de la realidad que indica un aumento considerable en la población de consumo de sustancias durante el confinamiento preventivo obligatorio por COVID-19, a partir de lo cual se sostiene que esto constituye un riesgo para las mujeres embarazadas y bebés en período de lactancia. En la representación del problema el consumo de sustancias se configura como problemático por afectar principalmente los procesos de gestación y el desarrollo del recién nacido/a. La respuesta política se centra en el grupo de personas en proceso de gestación y lactancia, con campañas de difusión para concientizar y grupos de cesación tabáquica. También se propone un abordaje diferencial de las mujeres que se atienden en el Centro de Adicciones de Córdoba, como un relevamiento y monitoreo de la brecha de género en el acceso a los servicios de asistencia y prevención de las adicciones. Hay que mencionar que la provincia de Córdoba cuenta desde el 2016 con una Red Asistencial de las Adicciones (RAAC) a los fines de responder a la problemática de las adicciones que es representada fundamentalmente como un trastorno de la salud. La respuesta que define es de asistencia en salud a través de tratamiento organizado en niveles de abordaje. Define como grupo objetivo a la población en general y establece como grupos específicos a los y las adolescentes, personas con trastornos mentales o que están en conflicto con la ley.

5) Prevención de la violencia.

Las líneas de acción previstas por el PSIM para Prevenir la Violencia son: detección de indicadores de violencia de género al personal de atención primaria de la salud, protocolos de actuación ante situaciones de violencia de género en el sistema de salud público, derivación protegida al Polo Integral de la Mujer tanto para las mujeres como para las profesionales

En una de las entrevistas realizadas se comenta que es desde el Programa Punto Mujer desde donde se realizan las capacitaciones dirigidas a profesionales de la salud, no logrando explayarse respecto a las líneas de acción mencionadas. Ello supone la existencia de la ausencia de capacitación en la temática por parte de personal de Salud, proponiendo la capacitación como respuesta al problema.

El Programa Punto Mujer se crea a inicio del año 2020 y se ejecuta mediante una prueba piloto, en festivales provinciales. El problema al que se aboca dicho programa es la

violencia hacia las mujeres, más allá que en sus objetivos está presente la noción de violencia de género”, el texto se refiere a mujeres, niñas y adolescentes. Las causas del mismo son la “desigualdad estructural entre el hombre y la mujer”.

El objetivo del programa es la: promoción, prevención, asesoramiento, asistencia integral y protección en ámbitos públicos y privados. Para ello se proponen instalar espacios seguros de orientación, acompañamiento y contención ante el acoso, abusos, agresiones y otras situaciones de violencia. Su ejecución implica articulaciones con diferentes actores: Ministerio Público Fiscal, Ministerio de Seguridad, Ministerio de Salud, Ministerio de gobierno, Ministerio de Justicia y ddhh.

Es importante considerar que en agosto de 2021, desde la provincia de Córdoba, mediante el Ministerio de la Mujer se firma un convenio con la Municipalidad de Córdoba, específicamente la Secretaría de Salud. A partir del mismo se crea la “Red de Protección Integral de la Mujer”. Esta propuesta apunta a “fortalecer el programa de control del embarazo, brindando al mismo tiempo un lugar de orientación, acompañamiento y contención en casos de violencia hacia la mujer. Se implementa mediante la instalación de Puntos Salud en Centros de Salud Municipales, apreciándose que esto responde al problema de la violencia por motivos de género que vivencian mujeres que se encuentra embarazadas², siendo en este caso la población destinataria.

Conclusiones

El PSIM define como población objetivo a las mujeres cis del territorio cordobés y principalmente aquellas que se encuentran en edad reproductiva. De modo que, el sujeto “mujer” es representado como “mujeres en edad reproductiva”, diferenciándose según el eje abordado en “mujeres” y “adolescentes”, pero sin considerar la diversidad de edades, corporalidades, identidades de género, orientación sexual, situación socioeconómica entre otros condicionantes que configuran las situaciones de vida específicas de las mujeres, sus necesidades en salud y las vulnerabilidades ante eventos de violencias de género. En la representación del problema del acceso de los servicios esenciales de la salud prima más bien una mirada binaria y heteronormada. Por lo tanto, el foco de la política se centra en una determinada población, sin considerar cómo puede estar obstaculizado el acceso de otros sujetos e identidades siendo que, en muchos casos también requieren de los mismos servicios esenciales. Por ejemplo, mujeres lesbianas o varones trans, grupos históricamente no incluidos en las definiciones de la política de salud. La interseccionalidad de género advierte sobre las limitaciones de sostener enfoques considerando sólo un eje,

² <https://bit.ly/3ywuNMw>

como el de género, y desvinculado de otros ordenadores como el de la heteronormatividad o el sistema binario con el cuál el género está intrínsecamente relacionado. Hankivsky et al (2011) explica, por ejemplo, que abordar las violencias contra las mujeres sin tener en cuenta las distintas dimensiones de esta problemática como el entrecruzamiento de cada eje, nos aleja de la posibilidad de poder comprender que las mujeres que experimentan violencias están situadas en la matriz de opresión de formas diferentes, siendo preciso conocer cómo se articula para cada una las distintas condiciones que desigulan y determinan vulnerabilidades específicas.

Si bien, es visible que en la representación de problema del PSIM subyace la dimensión de clase social y situación socioeconómica, aún es preciso identificar otros ejes que obstaculizan el acceso a la salud, y comprender cómo estos se entrecruzan. Para el PSIM el grupo social específico que tiene dificultades para acceder a los servicios de salud o que pueden requerir asistencia ante situaciones de violencia de género son principalmente las mujeres cis en edad reproductiva que sostienen relaciones heterosexuales que se encuentran en situación de vulnerabilidad económica y social y que viven en barrios populares. Quedando por fuera otros sectores también excluidos por el sistema desigual de género como las mujeres trans o mujeres homosexuales, bisexuales o personas no binarias. No es considerada tampoco la complejidad de las situaciones específicas de aquellas mujeres atravesadas por distintos ejes de desigualación en nuestra sociedad, como las mujeres adultas mayores o que no están edad reproductiva, las mujeres migrantes, quienes viven en zonas no urbanas y alejado de los centros asistenciales de salud y violencia de género.

Es en este sentido que Guzmán Ordaz y Jiménez Rodrigo (2015) refieren a la necesidad de replantear las definiciones hegemónicas sobre la violencia de género para poder dar cuenta las distintas maneras en que las violencias se configuran y afectan en la vida de las personas siendo que muchas de ellas son invisibilizadas en las definiciones estrechas y unidimensionales. Desde la perspectiva interseccional reconocer un único orden opresivo y generador de desigualdades puede acarrear limitaciones y sesgos importantes, como homogeneizar las condiciones estructurales de las personas según el género e incurrir en explicaciones simplista (naturalistas, universalistas o culturalistas); o disgregar las diferencias que puedan existir entre las condiciones individuales y estructurales de las personas, según las definiciones que se asuman; también, no considerar la posibilidad de que las otras diferencias tomen valor analítico distinto en momentos diferentes, esto en función de los contextos en donde las personas se desenvuelva, es decir, no por ser mujer, pobre y originaria se establece el destino social de padecer violencia (Guzmán Ordaz et al, 2015). Por lo tanto, los análisis interseccionales posibilitan y empujan a una reflexión constante ante la tendencia que pueda tomar algún discurso emancipador hacia una

posición hegemónica y así originar un nuevo campo de saber-poder con exclusiones, invisibilizaciones, más o menos disimuladas. Es por esto, que es conveniente preguntarse sobre la manera en que se comprende el "Acceso" y "la salud integral" en el marco de este PSIM, para así poder detectar posibles sesgos de género, pero también de clase, raza-etnia, de edad, entre otros.

Por otro lado, en lo relativo a las representaciones sobre el acceso a los "servicios de salud esenciales" es preciso reflexionar sobre los posibles sesgos de género que en este caso se manifiestan en aquellas concepciones que parecen suponerse sobre ciertos significados asimilados a la feminidad dentro de este sistema heteropatriarcal, como es el identificar la salud de las mujeres a cuestiones de salud sexual y reproductiva en tanto que se la concibe como un "ser reproductivo" (Tasa-Vinyals, Giral y Raich, 2015). Si bien el PSIM se presenta como una política que busca abordar la salud en términos integrales, en sus definiciones descubre un modo más acotado, priorizando dar respuesta a afecciones vinculadas a lo sexual y reproductivo. Este es un punto relevante para las reflexiones, Tasa-Vinyals et al (2015) advierte sobre el uso del conocimiento médico a los fines de mantener cierto orden cis-heteropatriarcal, siendo una herramienta biopolítica puede presentarse como control del cuerpo de las mujeres e impedir su legítima soberanía.

Recomendaciones

Del trabajo realizado surgen distintos interrogantes que orientarán el avance en esta investigación. Por un lado, la pregunta sobre la participación de la población objetivo en el PSIM, qué grupos de mujeres efectivamente acceden a estos servicios, e identificar si existen diferencias y desigualdades para el acceso, desde un enfoque interseccional. Es necesario conocer las brechas de género en el acceso a la salud atendiendo la intersección con otros ejes como la generacional, la clase social, la racialización, la urbanidad y/o la ruralidad, entre otros. para monitorear la efectiva implementación del programa. Por otro lado, tomando la perspectiva de las y los efectores de la política sería preciso interrogarse si existen ciertas pautas culturales que obstaculicen el acceso a los servicios de salud ya que de las exposiciones analizadas se desprende ciertos supuestos como por ejemplo, que "las mujeres no incorporan dentro del cuidado de la salud la realización de mamografías de forma frecuente y preventiva".

A nivel de cómo se estructura la política pública, se propone indagar sobre las articulaciones efectivas para la implementación de este programa y cuáles son las áreas de los distintos ministerios y gobiernos donde existe un mayor vínculo para esto. En este sentido, sería necesario conocer si la gestión y distribución de los recursos para salud responden a acuerdo interministeriales, y/o a las afinidades políticas y/o a las trayectorias

de cada centro de salud y sus efectores para el trabajo de articulación con el ministerio y la implementación de las políticas.

También, es central continuar en el estudio de las representaciones sociales que los agentes efectores de la política sostienen sobre su grupo objetivo, sobre el acceso a la salud y el rol del PSIM para la consecución de este objetivo. Tanto de agentes que actúan a nivel del diseño de la política como quienes trabajan en la implementación de esta en los territorios.

A partir de lo analizado se plantea la hipótesis de trabajo de que el PSIM se implementa de forma heterogénea en cada territorio, siendo pertinente indagar sobre los distintos condicionantes, como también conocer la perspectiva relacionada a la asistencia, prevención y promoción de derechos de salud que sostienen los agentes de salud que trabajan en los diversos territorios e instituciones y que no están expresados en los discursos de funcionarios y coordinadores de esta política.

Bibliografía

- Coll-Planas, G., & Solà-Morales, R. (2019). Guía para incorporar la interseccionalidad en las políticas locales. Barcelona: UVic.
- Guzmán Ordaz, R., & Jiménez Rodrigo, M. (2015). La Interseccionalidad como Instrumento Analítico de Interpelación en la Violencia de Género. Serie Sociojurídica Oñati , 5 (2).
- Hankivsky, O., & Cormier, R. (2011). Intersectionality and public policy: Some lessons from existing models. *Political Research Quarterly*, 64(1), 217-229.
- Palència, L., Malmusi, D., & Borrell C. (2014). Incorporating intersectionality in evaluation of policy impacts on health equity: A quick guide. Barcelona, España: Agència de Salut Pública de Barcelona, CIBERESP.
- Rodó-Zárate, M. (2021). Metáforas, conceptos y aproximaciones sobre la interseccionalidad. En Rodó-Zárate, M. (2021) *Interseccionalidad. Desigualdades, lugares y emociones*. Barcelona: Ed. Bellaterra. pp 31-79.
- Pecheny, M. y De la Dehesa, R. Sexualidades y políticas en América Latina: un esbozo para la discusión. *Sexualidade e política na América Latina: histórias, interseções e paradoxos*. 2011, 31– 79.
- Saletti-Cuesta, Lorena. Ferioli, Agostina. Martínez, Fanny. Et al. El abordaje de la violencia de género desde la mirada de las comunidades del norte cordobés. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020, 36: e00184418.
- Saletti-Cuesta, Lorena. Healthcare-based violence against women strategies to address the problem in Argentina. En: Devaney, John et al (eds) *The Routledge International*

XV Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población: "Escenarios para la pospandemia: nuevas subjetividades, cuidados y políticas en salud".

Handbook of Domestic Violence and Abuse. Londres: Routledge International; 2021, p 531-544.

Saletti-Cuesta, Lorena, & Aizenberg, Lila. (2021). Abordajes de violencias de género y de interrupción legal del embarazo en servicios de salud durante el aislamiento por COVID-19. *Salud colectiva*, 17, e3678.

Tasa-Vinyals, E., Giral, M. M., & Raich, R. M. (2015). Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (113), 14-25.