



Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales

Escuela de Trabajo Social

Trabajo Integrador Final:

“La distribución desigual de cuidados y masculinidades hegemónicas detectadas en el Centro de Salud Municipal “Las Flores Sur” y su profundización en contexto de la pandemia del Covid-19. Una mirada crítica desde el proceso de formación profesional”

Autoras: Di Santo, Irina Jacqueline; Ribecca, Martina.

Directora: Rubio, Raquel.

## Agradecimientos

En primer lugar, agradecer a la Universidad Nacional de Rosario, que nos permitió conocer a personas valiosísimas y que nos interpeló en cada momento.

En especial a nuestras facuamigas, que fueron sostén y escucha, con quienes construimos y nos deconstruimos. A Vicky Cano, para nosotras la reina del Trabajo Social, quien nos acompañó en nuestro transitar por el Centro de Salud Las Flores Sur. Fueron tres años de puro aprendizaje o como le gusta decir a ella, “enseñanza-aprendizaje”, proceso imbuido de interpelaciones y preguntas acompañado de las más diversas sensaciones que vivimos junto a ella, y siempre ahí con las palabras justas.

A Raquel Rubio, quien dedicó tiempo para guiarnos y contenernos en este proceso, cada uno de sus aportes fue muy importante para nosotras, sin ella no podríamos haber logrado este TIF. Siempre alentándonos. Gracias por la predisposición, por la entrega y el cariño.

Martina: Quiero agradecer a mi familia que me apoyó desde el momento cero en la elección de esta carrera universitaria, a mis amigos arroyenses y amigos que me dio la facultad pública, a quienes amo y me acompañaron 5 años y 7 meses en este camino y estuvieron en los buenos y malos momentos.

Irina: Eternamente agradecida a mi familia, que estuvo a mi lado todo este tiempo y me dio la oportunidad de estudiar. A Valentín, con quien conté siempre en los buenos y malos momentos, acompañando y bancando cada rendida. Y a mis amigas pueblerinas, quienes con su afecto siempre me sostuvieron y me escucharon.

## Índice

- Introducción.....pág 4 y 5
- *Capítulo I.* Un Acercamiento Conceptual Sobre “Cuidados” Y “Masculinidad Hegemónica” .....pág 6-12
- *Capítulo II.* Enfoque Metodológico.....pág 13-19
- *Capítulo III.* Salud, El Campo De Intervención.....pág 20-29
- *Capítulo IV.* Centro De Salud “Las Flores Sur”: Dimensión Institucional Y Territorio.....pág 30-36
  - IV.I) De La Institución A “Lo Institucional”, Del Territorio A “Lo Territorial” .....pág 36-41
  - IV.II) Lo Institucional Y La Distribución Desigual De Los Cuidados.....pág 41-48
- *Capítulo V.* Tareas De Cuidados, Roles, Y Estereotipos.....pág 49-55
- *Capítulo VI.* Reflexiones Finales.....pág 56-63
- *Capítulo VII.* Propuesta Interventiva.....pág 64-72
- Bibliografía .....pág 73-75
- Anexos.....pág 76-97

## Introducción

La sistematización de nuestro proceso de aprendizaje del ejercicio profesional desarrollado en el Centro de Salud “Las Flores Sur” durante los años 2019, 2020 y 2021 se nutre de la recuperación de los aportes brindados por la formación de grado en un sentido general y, particularmente de lo (re)trabajado en las materias de Práctica Profesional I, II y III en complementariedad con las instancias de reflexión desplegadas en los espacios áulicos destinados a las asignaturas de Taller de Aprendizaje Integrado. Este insumo nos permitió poner en interrogación el rol preponderante que cumplen las mujeres del barrio que asisten a dicho efector a la hora de garantizar prácticas de cuidados relacionadas a la salud propia y de otros, sean estas mediadas por vínculos familiares o no.

Consideramos que los movimientos feministas y transfeministas nos interpelan como mujeres y futuras trabajadoras sociales pudiendo reconocer que ser mujer no significa solo tener un sexo anatómicamente femenino, sino que refiere a una serie de prescripciones normativas y de asignación de espacios sociales asimétricamente distribuidos. La perspectiva de la economía feminista reconoce que las actividades domésticas y de cuidados recaen sobre las mujeres y cuerpos feminizados, ampliando las brechas de género y reproduciendo una distribución desigual de los mismos. El déficit de intervenciones estatales en materia de cuidados en el Barrio Las Flores conlleva a que éstos recaigan sobre las familias, alimentando el *hábitus* de la familiarización por ende de *feminización* de los cuidados. Observamos que esta situación se ha profundizado durante el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio a partir de que muchas de las instituciones públicas proveedoras de cuidados estuvieron cerradas o debieron reconfigurar sus lógicas asistenciales.

Ante lo expuesto, elegimos problematizar la masculinidad hegemónica, la distribución desigual que la misma conlleva y su impacto en las estrategias de cuidados

que demanda la vida cotidiana, como así también en el diseño de políticas y sistemas de cuidados. Creemos que desde la disciplina es posible pensar y proponer estrategias de intervención con potencia para modificar algún aspecto de esa realidad. El Centro de Salud Las Flores, las prácticas que allí se desarrollan y les usuaries configuran el referente empírico y la unidad de análisis donde se funda dicha problematización.

El TIF se estructura sobre varios capítulos que respetan un sentido metodológico de carácter integratorio. En primer lugar, nos referimos a un marco teórico general sobre la temática elegida, luego pasamos a dar cuenta del enfoque teórico-epistemológico y metodológico en el que se basa la producción y, los capítulos subsiguientes responden al desarrollo descriptivo-explicativo de la problemática abordada como así también de los trazos reflexivos-comprensivos que el trabajo de sistematización demanda. Para culminar con un apartado de conclusiones definitorias que nos abrió la puerta para sentar una propuesta de intervención como acto creador para producir algún cambio en la realidad abordada y que funcione como desafío para seguir reflexionando sobre la propia praxis.

# CAPÍTULO I

## Un Acercamiento Conceptual Sobre “Cuidados” y “Masculinidad Hegemónica”

Partimos de entender que:

Todos los seres humanos requerimos de cuidados personales y la gran mayoría cuida a otros/as en algún momento de su vida. Nadie puede sobrevivir sin ser cuidado, lo cual convierte al cuidado en una dimensión central del bienestar y del desarrollo humano. (Faur y Jelin, 2013, p.112)

Ante ello, podemos decir que el cuidado se constituye en una función social, donde quien cuida asume responsabilidades hacia la otra persona y realiza diferentes tipos de esfuerzos físicos, mentales y emocionales. El cumplimiento de esta responsabilidad genera un vínculo emocional entre quien cuida y quien recibe el cuidado.

El trabajo de cuidados es fundamental, tanto para nuestras sociedades como para la economía. Este concepto engloba actividades como el cuidado de los niños y niñas, de las personas mayores y con enfermedades físicas y mentales, o de las personas con algún tipo de discapacidad, además de las tareas domésticas diarias como cocinar, lavar, coser... (Butt Parvez et al, 2020, p.14)

En cuanto a la distribución de la responsabilidad social del mismo, participan distintos actores sociales, entre ellos: el Estado, el mercado, las familias y la comunidad. Siguiendo a Faur y Jelin (2013) el Estado despliega políticas públicas para proveer los mismos, a través de transferencias monetarias, de liberación de tiempo para el cuidado a través de licencias y de ofertas de servicios de cuidados como ser guarderías (p.114). El mercado, por su parte, tiene la capacidad mediante el intercambio mercantil de proveerlo, esto significa pagar a un otro para la realización de estas tareas o acudir a instituciones privadas. Empero, las estadísticas demuestran que esta carga recae en las familias, dándose lo que se conoce como *familiarización* de los cuidados, y por ende una *feminización* de los mismos.

Esta predominancia de las mujeres en la realización de las tareas de cuidados da cuenta de una distribución desigual de estas prácticas, lo cual está íntimamente ligado a nuestras sociedades capitalistas y al sistema social, cultural y patriarcal del que somos parte.

La dominación masculina se ha mantenido en todas partes y a lo largo de los tiempos con tal constancia, que ha llevado a instalar la idea de que esa dominación proviene de designios naturales o mejor aún, de propósitos sobrenaturales inescrutables. (Barrancos, 2008, p.2)

Sin embargo, lejos de ser una capacidad natural, se trata de una construcción social sustentada por las relaciones patriarcales de género, que se sostiene en valoraciones culturales reproducidas por diversos mecanismos como el lenguaje, la ley, la educación, los contenidos de las publicidades, la tradición, las prácticas domésticas cotidianas, las instituciones, estableciendo la jerarquía de un género sobre el otro, en el que los hombres, a través de la fuerza y la presión directa "determinan cuál es o no es el papel que las mujeres deben interpretar con el fin de estar, en toda circunstancia, sometidas" (Yañez, 2013, p. 2).

Históricamente, estas relaciones de poder se construyeron en torno a lo que Ana Morós (1995) denomina división sexual del trabajo, entendida como "el reparto social de tareas en función del sexo" (p.257). El cual,

Se corresponde con el hecho de validez prácticamente universal, de que las mujeres tienen mayor responsabilidad que los hombres en el cuidado y crianza de los hijos y en las ocupaciones domésticas, mientras que los hombres se dedican más a las tareas extra domésticas. (Morós, 1995, p. 257)

Esto, vinculado a que las mujeres sólo podían desarrollarse en la esfera reproductiva realizando trabajos que han sido invisibilizados y no remunerados a costa del esfuerzo de las mismas y sostenidas por falsas creencias de habilidades naturales y

estereotipos de géneros que perciben a las mujeres como “más atentas y cuidadoras” que los hombres.

La carga de la masculinidad hegemónica ha supuesto que las actividades reproductivas, sean vistas como inferiores, como «tareas de mujeres» y, por ende, un espacio en donde los hombres no deben vincularse ni responsabilizarse. Por tanto, entendemos a las masculinidades hegemónicas como:

Opuestas a la intimidad, a lo emocional y a los cuidados ya que todos estos quedan asociados a los atributos de lo femenino. No obstante, comprender las vidas cotidianas de los varones, sus paternidades y masculinidades, implica partir de una mirada relacional entre lo íntimo y lo masculino tendiente a analizar las construcciones sociales, culturales y económicas que se erigen sobre las diferencias de clase y de sexo. (Canevaro y Castilla, 2021, p.100)

Siguiendo a Connel (2005), se puede decir que “no es un tipo de carácter fijo, el mismo siempre y en todas partes. Es, más bien, la masculinidad que ocupa la posición hegemónica en un modelo dado de relaciones de género, una posición siempre disputable” (p.12) [...] “se puede definir como la configuración de práctica genérica que encarna la respuesta corrientemente aceptada al problema de la legitimidad del patriarcado, la que garantiza la posición dominante de los hombres y la subordinación de las mujeres” (p.6).

Nos parece interesante destacar sobre cómo esta noción dominante de masculinidad no ha permitido integrar los cuidados como parte de sus mandatos y expectativas.

Esto no quiere decir que ningún hombre cuide, pero bajo esta noción hegemónica quienes lo hacen se alejan del modelo de ser y actuar “masculino”, por lo que aun cuando estas prácticas existen, se mantienen en la invisibilidad o el ocultamiento, por temor a la

censura de otros hombres y algunas mujeres. (Madrigal Rajo y Tejeda Guardado, 2020, p. 10)

Esto refiere a la ““jaula de la masculinidad” en la que todos los hombres se encuentran atrapados y custodiados por el resto de la sociedad, ante cualquier intento de alejarse de lo esperable para un varón” (Robles et al, 2021, p. 99).

Adentrarnos en el mundo de las masculinidades implica reconocer la dimensión de las emociones, o, mejor dicho, la negación de éstas, dado que, en su socialización, los varones no son estimulados a expresarlas, en particular aquellas que puedan mostrarlos como débiles o “maricones”, dando cuenta del peso de la sociedad y las representaciones en las subjetividades. (Robles et al, 2021, p.94)

Alatorre Rico (2006) refiere de esta manera que la masculinidad en cuanto categoría analítica puede comprender la dimensión de unos individuos con cuerpos sexuados y capacidades reproductivas diferentes. A la vez como parte del género en un sentido heurístico, vale decir, interrelacionado con otras categorías (clase, raza, etc.) permite establecer distancias sociales y ordenar la realidad sociocultural e individual, definiendo un recorte de la realidad social susceptible de ser estudiada por diversas disciplinas. Las cuales aportaran una mirada acotada sobre cuestiones particulares de la dominación masculina como sus objetos de estudio (sociológico, antropológico, psicológico, etc.).

La masculinidad como parte del género y actuando como herramienta heurística abarca tres dimensiones: 1) Dimensión Social: organización social de las prácticas organizadas institucionalmente según como los individuos son clasificados con relación a las características atribuidas socialmente a unos y otros cuerpos sexuados (Ej.: a quién se le permite tener relaciones sexuales fuera del matrimonio, quién cuida a los hijos e hijas cuando están enfermos, quién se responsabiliza de la anticoncepción, quien ejerce la violencia sexual, etc.). 2) Dimensión Cultural: remite al nivel de las representaciones

compartidas colectivamente, que operan en lo simbólico a raíz de las diferencias que se construyen socialmente entre los individuos a partir de sus características corporales y potencialidades reproductivas (lo masculino representa la fuerza y la inteligencia, por otro lado, la mujer está ligada a representaciones asociadas a la pasividad, al sometimiento, a la debilidad). La elaboración simbólica a nivel colectivo puede contribuir a la naturalización de las relaciones de dominación. 3) Dimensión Subjetiva: compromete al individuo y a su proceso de subjetivación en un contexto social determinado en donde plasma lo que siente, la forma como vive actúa y piensa en relación a otros y con otros. (Alatorre Rico, 2006)

La configuración sociocultural de la masculinidad se cristaliza en la experiencia individual como cuando un individuo asume que tiene el derecho sobre el cuerpo y erotismo del otro porque lleva “dinero al hogar” o da por hecho que a él no le toca faltar al trabajo para cuidar a un hijo enfermo; o que él tiene el derecho de golpear al que le desobedece en la familia. (Alatorre Rico, 2006)

En esta dirección Benería y Roldán (1992) consideran que es necesario precisar que género y clase son dos sistemas de relación social diferentes pero indispensables uno de otro para comprender la dominación masculina y la subordinación de las mujeres. Ambos sistemas interactúan de forma compleja en diversos planos revelando la organización jerarquizada de la vida societal.

Por último y con intención de analizar la distribución desigual de cuidados teniendo en cuenta sus múltiples aristas, nos resulta pertinente recuperar a Kimberlé Crenshaw, autora académica comprometida con el feminismo decolonial que introduce la perspectiva interseccional, la cual nos permite identificar aquellos sistemas de opresión y subordinación que se imbrican y operan tanto estructural como históricamente. Creemos que los sujetos deben ser comprendidos en sus pluralidades y heterogeneidades, considerando las desigualdades sociales que afloran de ellas y se entrecruzan y

refuerzan mutuamente. La autora define la interseccionalidad estructural como “la imbricación de sistemas de discriminación (de género, raza y clase social) que tiene repercusiones específicas en la vida de las personas y los grupos sociales” (Cubillos Almendra, 2015, p.3).

De esta manera la interseccionalidad consiste en explorar la dinámica entre nuestros privilegios, opresiones e identidades. Donde los atravesamientos de clase, género, pertenencia étnica, orientación sexual, cultura, generación, nos constituyen como sujetos. Así, se van tejiendo diálogos que traspasan fronteras, territorios, geografías y mapas de poder, para incorporar a todas las mujeres e identidades sexuales diversas-disidentes que combaten la masculinidad hegemónica, para resistir al patriarcado, al capitalismo androcéntrico, racista y colonial que se imprime en nuestros cuerpos.

Asumir la ciencia como potencia es imaginar y “hacer existir” un conocimiento que tenga como premisa la matriz del cuidado del ser humano y del ecosistema todo. De allí nuestra insistencia por deconstruir viejos binarismos antagónicos y anacrónicos, como el de sujeto-objeto; naturaleza-cultura-masculino- femenino en la ciencia y asumir que los conocimientos son desde un cuerpo situado (Haraway, 1995) y ha de ser, indefectiblemente interseccionados. (Bialakowsky et. al, 2021, p. 14)

# CAPÍTULO II

## Enfoque Metodológico

El presente Trabajo Integrador Final (TIF) se orienta siguiendo los lineamientos correspondientes a la tercera modalidad que propone el reglamento de promoción vigente S/Resolución N° 2890/18. Con asiento en la Escuela de Trabajo Social de la Facultad de Ciencia Política y RR. II, UNR. A saber:

Práctica Disciplinar: consiste en un informe que se ocupa del diagnóstico de una situación y del diseño y elaboración de una estrategia de acción, programa, proyecto o dispositivo y de intervención en un ámbito institucional concreto. El objetivo de esta modalidad es analizar críticamente, tanto teórica como técnicamente, la experiencia de la práctica o intervención a los efectos de contribuir a la generación de conocimientos disciplinares. (Reglamento General de Tesinas y Trabajos Integradores Finales de Grado, 2018)

En virtud de ello el TIF se estructura sobre un enfoque cualitativo asumiendo una estrategia de sistematización que integra los tres años de práctica pre-profesional llevados a cabo en el Centro de Salud Las Flores Sur a cargo de la trabajadora social de terreno María Victoria Cano.

Paula Meschini (2018) conceptualiza a la sistematización como una metodología cualitativa en el marco de un enfoque hermenéutico-crítico, la cual se constituye como una estrategia o proceso que “permite una interpretación crítica del proceso vivido en la Práctica de formación académica supervisada, efectuada en un contexto institucional en un periodo determinado” (p.62).

Es entendida entonces como proceso de recuperación y apropiación de una intervención social en el marco de una práctica formativa determinada que, al relacionar históricamente sus componentes teóricos-prácticos, permite comprender y explicar los contextos, los sentidos, fundamentos, lógicas, y aspectos problemáticos que presenta la

misma en la sociedad contemporánea, con el fin de aportar a la transformación de la realidad y cualificar la comprensión del proceso de intervención social. (Meschicni, 2018, p.62)

Dicha metodología tiene un fuerte arraigo en el Trabajo Social y permite desde un pensamiento crítico latinoamericano generar respuestas contextualizadas a las condiciones de producción y reproducción social de nuestro pueblo. (Meschicni, 2018, p.61)

Por tanto, la sistematización encarada nos permite recuperar analíticamente el material empírico relevado en el proceso de nuestras prácticas, proveniente de los registros tomados en contexto de observación, de entrevistas, de visitas domiciliarias, de lectura de historias clínicas familiares, de la participación en reuniones de equipos y de discusión de caso, también de la confección de informes sociales, de estrategias de acompañamientos, de relaciones interinstitucionales y del recorrido territorial donde el cuaderno de campo ha sido un instrumento fundamental que nos acompañó durante todo el proceso.

De esta manera el TIF adquiere un carácter descriptivo, explicativo y comprensivo de la realidad abordada en términos institucionales y disciplinares sacando provecho de las intervenciones realizadas en ese contexto. El cual ha marcado las condiciones materiales y fácticas de la recolección de datos que emergen de esa variada calidad de registros, producto del encuentro con la institución, de nuestra relación con lo institucional y del trabajo junto con otros.

La recuperación reflexiva de esta materialidad está asociada a un ejercicio dialógico con el propio recorrido realizado: como un volver a pasar por donde ya estuvimos, pero ahora “mirando” la experiencia con otras lupas, con otros lentes fundante de nuevas reflexiones que portan el interés y la vocación intelectual por lograr un *conocimiento situado*. (Haraway, 1991)

Se entiende por conocimiento situado, a aquel que huye de la posición objetivista y que reconoce al propio cuerpo y desde allí emprende el conocer. Entendiendo que “la evidencia empírica no comprende solo al dato sino también las creencias y prácticas culturales del propio investigador, incluso sus deseos e intereses” (Figari, 2011, p.5).

“Desde el conocimiento situado como una posición crítica la relación de investigación siempre va a ser cuerpo a cuerpo, no importando que cuerpo, es decir, como un lugar y no una esencia; “como el carácter situado de una mirada” (Figari, 201, p.4). “El conocimiento situado es el que sale del lenguaje para colocarse en una experiencia entre quien investiga y el otro” (Figari, 2011, p.8). Para poder así, dar cuenta de experiencias otras y de cómo los sujetos lidian con su realidad día a día.

El TIF posa su mirada en la problematización del rol dominante que juegan las mujeres a la hora de garantizar el cuidado de la salud propio y ajeno en el Centro de Salud Las Flores Sur. Rol que se imbrica con la noción de *hábitus* trabajada por Pierre Bourdieu convalidando una práctica naturalizada, entendiendo que el *hábitus* expresa una manera de ser, un estado habitual, una disposición, una tendencia, que revela una subjetividad socializada. Y es solo en su relación con ciertas estructuras que el *hábitus* produce determinados discursos y prácticas. (Bourdieu, 2008)

El TIF se vale también de fuentes secundarias tales como: leyes, documentos, artículos y bibliografía especializada afines y pertinentes al objeto problematizado el cual compromete categorías y conceptos tales como: *género, feminismos, masculinidades, cuidados, derechos humanos*. Al mismo tiempo descansa en un trasfondo teórico-epistemológico que se nutre de la sociología reflexiva de Pierre Bourdieu, de los aportes de la corriente francesa del Análisis Institucional, de la mirada foucaultiana, como así también del enfoque feminista decolonial. Entendemos que este marco nos permitirá develar los sentidos que aparecen ocultos o imperceptibles en el quehacer cotidiano de la vida institucional, en el plano discursivo y en las prácticas que se producen en un

determinado campo de intervención. Reflexiones que aspiramos también tengan la potencia de problematizar las dimensiones constitutivas que hacen a la praxis profesional con relación al tema abordado, para lo cual nos serviremos de aportes disciplinares específicos.

Entendemos por problematizar a “la manera de analizar, en su forma históricamente singular, cuestiones de alcance general. Problematizar es, en el último de los casos, visibilizar como problema algo del orden de lo naturalizado, efectuar un problema en orden a un determinado dominio” (Vignale, 2014, p.10).

“La problematización es el conjunto heterogéneo de prácticas discursivas e institucionales que demanda soluciones y genera respuestas en forma de teorías, practicas, instituciones, reglamentos, leyes y sujetos” (Gonzalez Villareal, 2010, p.17).

La misma, implica una crítica permanente, entendiéndola como “un diagnóstico del presente, una diferenciación del presente respecto de cualquier otro tiempo, y en este sentido, una reflexión indispensable” (Vignale, 2014, p.13).

En consonancia con los postulados de Foucault, nuestro objetivo es poder dar cuenta de cuestiones que han sido invisibilizadas a lo largo de la historia, poniéndole pregunta a situaciones cotidianas que vislumbran la distribución desigual de los cuidados desde una mirada crítica que nos pone a prueba también a nosotras mismas.

### **Situación Problemática**

- Son las mujeres quienes mayormente asisten al Centro de Salud haciéndose cargo no solo de su autocuidado sino también del cuidado que dispensan a otras personas. Hemos advertido que es una pauta de comportamiento naturalizada que deja entrever la resistencia por parte de las masculinidades hegemónicas en cuestionar sus privilegios y asumir responsabilidades en torno a las tareas reproductivas y de cuidados. Este proceso de naturalización se sostiene en falsas creencias de habilidades naturales y estereotipos de géneros que perciben a las mujeres como “más atentas y

cuidadoras” y muestran a las masculinidades hegemónicas vinculadas con la percepción de sentirse inferiores respecto de las tareas reproductivas, vistas como “tareas de mujeres” y espacios en donde los hombres no deben vincularse ni responsabilizarse. Esta naturalización no escapa a las percepciones y representaciones que portan algunos profesionales y trabajadores en general del Centro de Salud reflejadas en sus diferentes prácticas y discursos. Esta situación se fue profundizando durante el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio impuesto por el ejecutivo en el inicio de la pandemia, donde las tareas de cuidado/s en el ámbito doméstico-familiar se incrementaron y se diversificaron teniendo en cuenta que muchas de las instituciones públicas a cargo de cumplir con esas funciones se mantuvieron cerradas o se vieron obligadas a reconfigurar su función primordial.

### **Formulación Del Problema**

- a) ¿Qué estrategias interventivas desde el Trabajo Social pueden contribuir a interpelar y desmontar los efectos que provocan en las prácticas del cuidado de la salud la lógica asentada en las masculinidades hegemónicas?; b) ¿Qué es lo que se puede hacer desde la institución para que los hombres asistan al Centro de Salud para ejercer la responsabilidad del propio cuidado y el de sus hijos?

### **Objetivo General**

- Producir un conocimiento crítico (situado) acerca de la masculinización hegemónica y la distribución desigual entre géneros que la misma conlleva en el Centro de Salud Las Flores con relación a las prácticas del cuidado de la salud.

### **Objetivos Específicos**

- Indagar sobre la distribución desigual de las tareas entre géneros desde una perspectiva interseccional.
- Describir el contexto institucional y territorial implicado en el campo Salud.

- Precisar las manifestaciones detectadas en el Centro de Salud acerca de las tareas de cuidados, roles y estereotipos que se construyen según géneros.
- Determinar los efectos de las masculinidades hegemónicas en la vida cotidiana de los usuarios del Centro de Salud
- Observar la incidencia de las masculinidades hegemónicas en las prácticas de los trabajadores del Centro de Salud
- Detectar posibles dispositivos institucionales susceptibles de revertir la situación-problema.

**Intencionalidad profesional:** asentar una propuesta de intervención a partir de saber construido.

Para el ordenamiento de citas bibliográficas y al interior del texto nos hemos basado en las normas APA 7ma edición.

# CAPÍTULO III

### **Salud, el Campo de Intervención**

Acorde con la perspectiva metodológica adoptada, consideramos pertinente realizar una síntesis ontológica sobre la historia del presente del campo salud, teniendo en cuenta que la problemática identificada como objeto de análisis en esta producción se inscribe en un proceso de inserción-intervención desplegado en una institución de salud.

Siguiendo la sociología reflexiva de Pierre Bourdieu (2005) diremos que el campo Salud se nos presenta como una red de relaciones objetivas entre posiciones. El autor avanza diciendo que las mismas están, además

Objetivamente definidas, en su exigencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación presente y potencial (situs) en la estructura de distribución de especies del poder (o capital) cuya posesión ordena el acceso a ventajas específicas que están en juego en el campo, así como por su relación objetiva con otras posiciones (dominación, homología, etc.”) (p.150).

Este enfoque, traduce la idea de que el campo se nos presenta como un espacio de luchas tendientes a preservar o modificar el estado de dichas fuerzas que no están desligadas de los mecanismos de circulación de saber-poder en los distintos momentos sociohistóricos.

Al mismo tiempo nos permite pensar que:

El campo salud da cuenta de una trayectoria, de un devenir (que contiene elementos sincrónicos y diacrónicos) atravesado por distintos agentes, actores, prácticas, disciplinas y discursos que lo convierten en un campo dinámico, complejo y en permanente tensión. De esta manera podemos observar los trazos, las marcas y las heridas que definen su momento actual reconociendo posturas fuertemente desiguales, pero en franca coexistencia. (Rubio y Bovino, 2022, p.200)

En torno a ello y teniendo en cuenta que no hay solo una manera de entender la salud, hemos podido registrar durante el proceso de nuestras prácticas la tensión y

disputa de poder existente con relación a los modos de concebir a la salud y sus modos de practicarla devenido del cruce entre dos paradigmas que se interrelacionan permanentemente.

Una línea de abordaje se muestra más vinculada con el Modelo Médico Hegemónico (MMH) y otra más identificada con el paradigma de la Medicina Social y Colectiva. A saber:

“Durante el siglo XX nos encontramos con un saber médico fuertemente consolidado y un concepto de salud estrictamente ligado a los parámetros discursivos asumidos por el Modelo Médico Hegemónico (MMH)” (Menéndez, 1988).

Este modelo está asentado en la mirada biologicista, individualista, a-histórica, a-social, mercantilista y pragmática sobre la idea de salud. Mirada que juega una posición dominante en la actualidad amén que el paradigma de la Medicina Social o Colectiva le disputa sentido al apoyarse en el concepto de salud promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1948, en el marco de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Momento en que se definió formalmente a la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” inscribiéndose de esta manera como derecho humano fundamental entre otros. (Rubio y Bovino, 2022, p. 200)

Dicho paradigma, tiene en cuenta el contexto social y económico que atraviesa a los sujetos, permitiendo abordar las situaciones de manera integral concibiendo a la persona como un ser eminentemente social.

En consonancia con esta línea de pensamiento,

Otro aporte fundamental proviene de la antropología médica (Menéndez, 1994) que acentúa la perspectiva histórica para comprender las causales específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos (significados) caracterizados por las relaciones de hegemonía/subalternidad que opera entre los

sectores sociales. De esta perspectiva surge que hoy día hablemos en términos de “proceso-salud-enfermedad-atención” al cual se le ha adicionado recientemente el concepto de “cuidado”. (Rubio y Bovino, 2022, p. 201)

Es de destacar que el concepto de salud que se desprende de este enfoque conlleva una nueva concepción de sujeto, produciendo el desplazamiento o la sustitución de la noción de “paciente” por el de “sujeto de derechos”.

Basándonos en una perspectiva histórica, mencionaremos que en el año 1977 la OMS propuso la consigna de la “Salud para todos en el año 2000”. Se la pronunció con la premisa de que todos los habitantes del mundo alcanzasen un estado de salud que les permita una vida social y económicamente productiva. En virtud de ello se propuso llevar adelante una estrategia sanitaria de carácter primordial denominada Atención Primaria de la Salud (APS).

Precisamente, en 1978, la Confederación Internacional sobre Atención Primaria de la Salud en el marco de la Declaración de Alma Ata instituye formalmente a la APS como la estrategia fundamental para llevar adelante políticas de protección, prevención y atención de la salud convocando a los Estados parte, al personal de salud, a los desarrollos locales y a toda la comunidad mundial a adherir a esos principios rectores.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ese mismo año la definió como:

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. (Somocurcio, 2013, p. 171)

La misma supone la construcción de un modelo de atención que fundamentalmente implica enfocar la cuestión social desde la óptica de los derechos sociales y la justicia. Además, se piensa a la salud como una responsabilidad pública

compartida, donde el ser humano debe ser mucho más que el diagnóstico que lo clasifica. Se trata de alcanzar un modelo singularizado, personalizado, en el que cada equipo de técnicos tenga una población adscripta en forma más o menos fija de manera de potenciar el papel terapéutico de una dialéctica del vínculo trabajada en función de producir autonomía y responsabilidad tanto en los terapeutas como en la comunidad, facilitando el seguimiento del proceso por el equipo profesional y el compromiso de ambos con los resultados.

Al mismo tiempo nos interesa destacar que en nuestro país “el derecho a la salud” no estaba incluido de manera expresa en la Constitución de 1853. No obstante, a este déficit jurídico,

La correlación entre lo social y la salud y el mayor crecimiento de la salud pública se dio durante la gestión del Dr. Ramón Carrillo (ministro de Salud de los gobiernos peronistas de 1945-1955) al cual se lo considera como el precursor indiscutido del sanitarismo argentino. (Rubio y Bovino, 2022, p. 204)

A pesar de esta falta de explicitación jurídica podemos observar que se promovió como política pública el carácter universal de la cobertura de salud como derecho de ciudadanía, con el fin de acercar la atención sanitaria a todo el territorio nacional. De este modo: “la gestión de Carrillo institucionalizó una concepción propia de la Medicina Social, siendo uno de sus supuestos centrales concebir a la salud no como un estado sino como un proceso” (Rubio y Bovino, 2022, p. 204).

Años más tarde, post dictadura cívico-militar (1976-1983) y en procesos democráticos la Reforma Constitucional de 1994, se plasmó a la salud como una norma fundamental nacional. Es decir, el derecho a la salud, que integra el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, adquirió jerarquía constitucional.

A la luz de dicha normativa internacional, el derecho humano a la salud en nuestra constitución integra el elenco de los derechos conocidos como: económicos, sociales y

culturales, que corresponden a aquellos derechos que obligan al Estado a realizar conductas positivas. Esta obligación jurídica del Estado implica poner al servicio de los ciudadanos un sistema de atención de la salud que abastezca las necesidades del conjunto social sin ningún tipo de discriminaciones

Sin embargo, haciendo un análisis global en torno a las concepciones de la salud, entendemos que hay quienes priorizan y defienden el derecho a la salud pública y quienes bregan por una mercantilización de la misma, donde el Estado no debería intervenir. Son dos trazos políticos bien diferenciados, uno pondera a la salud como un bien social y otro posiciona a la salud como mercancía.

En las últimas décadas, se ha comprobado que la salud es un área donde el capitalismo obtiene cada vez más beneficios, el ejemplo suele ser Estados Unidos, el cual ha legitimado un sistema de salud que se rige por una lógica de seguro en términos de costo-beneficio. Durante la pandemia, el lugar que le asignó el gobierno de Estados Unidos liderado por el presidente Donald Trump evidenció una política de salud directamente asociada a los intereses del mercado y de los poderes económicos concentrados (industria farmacológica) en desmedro de los cuidados de la salud que requería la población en su conjunto, obteniendo resultados devastadores ya que puso en riesgo la vida misma de la ciudadanía instalando un siniestro proceso selectivo entre quienes podían seguir viviendo y quiénes no.

En esta misma línea de pensamiento podemos ubicar en nuestro país el gobierno neoliberal de Mauricio Macri (2015-2019), el cual entre otras medidas antisociales decidió durante su mandato bajar de jerarquía al Ministerio de Salud convirtiéndolo en Secretaría. Estrategia inducida por los representantes del capitalismo financiero supranacional –el FMI y el Banco Mundial- en consonancia con el apoyo recibido desde la presidencia de Trump. Esto impactó en el enfoque universal e inclusivo de la política de salud, aunque con sus fragilidades, el derecho a la salud en un sentido integral viene siendo garantizado

con mucho esfuerzo en nuestra sociedad y fortalecido principalmente durante gobiernos de carácter popular y nacional.

En la actualidad, el gobierno de coalición del Frente de Todos con Alberto Fernández a la cabeza, con una fuerte posición crítica hacia las medidas antipopulares y neoliberales que adoptó la gestión anterior, restituyó al Ministerio de Salud su histórica jerarquía ni bien asumió su mandato en diciembre de 2019.

Ante la irrupción de la pandemia Covid-19 el gobierno decretó medidas que fortalecieron el acceso a la salud para todes, entre ellas: una política del (inter)-cuidado en el marco del decreto que puso en funcionamiento el “Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio” (ASPO), la creación de módulos sanitarios distribuidos por todo el país y un plan masivo de vacunación gratuito.

Tomando en cuenta los estudios realizados por Soledad Villafañe oficial representante de la CEPAL en la Argentina, consideramos relevante destacar que en ese contexto el gobierno argentino a través de su Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad conformó la Dirección Nacional de Políticas de Cuidado. Esto implica en palabras de su ministra Elizabeth Gómez Alcorta “asumir un compromiso hacia el diseño de sistemas integrales de cuidado desde una perspectiva transversal, interseccional, integral, situada y de derechos humanos” (CEPAL, 2020, p. 7).

El impacto del coronavirus puso sobre la mesa la cuestión de los cuidados en los términos en que los estudios de géneros y los movimientos de mujeres y feministas lo piensan desde hace años: en su relevancia para la sostenibilidad de la vida y las economías de la región. Los cuidados comenzaron a ser visibilizados como valor en sí mismo y como una tarea fundamental para el bienestar último de la sociedad. (CEPAL, 2020, p.8)

En tal sentido este contexto forzó un trabajo de discusión gubernamental y político para una reorganización social de los cuidados, más justa y equitativa, reconociendo

desde el vamos que ningún proyecto de desarrollo integral está completo si no incluye la perspectiva de género, entre otras cosas, que es lo que permite colocar a las personas en el centro de las políticas públicas.

No obstante, es menester decir que no todas las personas viven la desigual distribución de las tareas de cuidados de la misma forma, como así también la pandemia no nos afectó a todos del mismo modo. Existen realidades muy diferentes atravesadas por desigualdades sociales cada vez más profundas y heterogéneas que expresan nuevos regímenes de pobreza y de vulnerabilidades económicas, culturales y sociales muy disímiles. Por lo que una política de cuidado se impone como una necesidad y un derecho atendiendo esta complejidad. Nos referimos a realidades que cambian tanto en sus características como en sus efectos según el tiempo, las personas y el territorio, ya que el conocimiento sobre la enfermedad del coronavirus y las formas de lidiar con ella a nivel estatal, social e individual fueron modificándose, donde las asimetrías territoriales siguen jugando un papel central en la llegada de las políticas públicas, sean éstas de dependencia nacional, provincial o local.

El campo Salud no es ajeno a las transformaciones socioculturales a las que se aspiran asociadas a una política de cuidado, más bien entendemos es un campo estrechamente ligado a unas prácticas de cuidado de la salud que deberá orientarse a profundizar la igualdad de género como un derecho humano fundamental. Igualmente debemos reconocer que, en el tramo final de nuestro proceso de prácticas, coincidente con el avance del coronavirus, las primeras evidencias detectadas en ese contexto y durante el ASPO arrojan que la mayor parte del trabajo doméstico y de cuidado se concentró en manos femeninas. Este fenómeno, que las mujeres se hagan cargo de diferentes prácticas de cuidado no resulta una rareza en ese territorio particular del Barrio Las Flores donde opera su homónimo el Centro de Salud, lo que sí ha resultado llamativo es su profundización y su mayor nivel de visibilidad y de exposición en contexto de

pandemia. Este escenario está trazando la posibilidad de una nueva narrativa, “algo se está contando”, donde el territorio se (re) construye de forma discursiva. (Carballeda, 2015)

Siguiendo las reflexiones de Rubio y Bovino (2022) como cierre de este apartado nos parece importante además agregar que el impacto y los efectos de la pandemia reavivaron en la actual coyuntura la necesidad política de rediscutir los lineamientos que reorganicen un Plan Federal de Salud. Un trabajo colectivo que nos conduzca hacia un Sistema Nacional Integrado de Salud en la Argentina, “a través de un plan de reestructuración que permita superar largas décadas de fragmentación y segmentación presentes en el sistema” (p.207).

Con el fin de efectivizar concretamente el derecho a la salud como un derecho inclusivo, esto conlleva la categorización de “derechos a prestaciones en sentido estricto”. En esta línea de pensamiento las autoras conciben a la salud como:

Un proceso multidimensional que varía a lo largo de la vida, como derecho humano fundamental, colectivo, público y social, por lo tanto, es un bien que nos pertenece a todos y todas sin distinción y será igualmente efectivo en la medida que otros derechos sociales sean debidamente garantizados como: acceso al agua potable, condiciones sanitarias adecuadas, vivienda, trabajo, educación y acceso a la información. (Rubio y Bovino, 2022, p. 206)

Esta perspectiva tensiona la noción de *equilibrio* que arrastra el paradigma de pensar a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social ya que transmite una visión de universalidad abstracta y a-histórica. En consecuencia, es imperiosa la tarea de construir un sistema público de carácter integrado, integral e incluyente de la salud sostenida en el reforzamiento de los Derechos Humanos acompañado de los aportes críticos provenientes del enfoque Decolonial. El cual pone énfasis en la perspectiva de género, raza, y pertinencia pluricultural que nos permita al

mismo tiempo la construcción de una multiconcepción de la salud acorde con la realidad de nuestros Sures.

# CAPÍTULO IV

### **Centro De Salud “Las Flores Sur”: Dimensión Institucional y Territorio**

El concepto de Dimensión Institucional es trabajado por la corriente francesa del Análisis Institucional de la mano de George Lapassade y René Lourau. Esta corriente o perspectiva brega un proyecto teórico que incluye la interrelación entre intervención e investigación, no escindiendo lo micro de lo macrosocial, plantea la importancia de la implicación del sujeto que en situación de intervención conoce o investiga, reflejando así la relación dialéctica entre la teoría y la práctica incorporando al mismo tiempo el saber cómo fuerza, como poder. De esta manera dichos autores fundan el Socioanálisis, donde precisamente la intervención se ubica como el brazo activo del proceso de indagación. (Baremlitt, 2005)

Tomar en cuenta el término Dimensión Institucional nos lleva a concebir a las instituciones conformadas por una dimensión funcional, simbólica e imaginaria. Esta posición nos distancia de la concepción clásica propia de la matriz funcional positivista que las piensa como cosas fijas, estables, perdurables, sólidas e inmodificables para pasar a concebirlas como algo en movimiento, producto de la relación dialéctica entre lo instituido y lo instituyente que produce institucionalización. Ana María del Cueto (2013) nos precisa que, junto a la dimensión de lo instituido, junto a los roles y funciones preestablecidas las instituciones que adquieren materialidad en las organizaciones y en la vida de los grupos que las habitan, producen formas simbólico-imaginarias propias y singulares que particularizan a cada institución. Y agrega que la vida de las instituciones se expresa a través de los múltiples grupos formales e informales que la conforman y la constituyen generando movimientos peculiares e inéditos (pp.31-68).

Existe una dialéctica entre los grupos y la institución y es en ese “entre” donde se manifiestan tanto las burocratizaciones de los movimientos instituidos como la creatividad de los movimientos instituyentes. En este sentido hablar de Dimensión Institucional en términos de Lapassade (1977) es darle lugar a esa dimensión oculta, silenciada, no dicha

que guarda toda formación grupal. Y lo que ocurre en un grupo, cualquiera sea su formación social, este autor nos lo señala que está estrechamente relacionado con el conjunto del tejido institucional que opera en una determinada sociedad. En este sentido decimos que las instituciones son producto del cruce de múltiples instancias económicas, sociales, políticas, culturales, etc. y se definen por su transversalidad ya que se encuentran en todos los niveles dando fundamento a la estructura social.

Este breve repaso teórico sobre instituciones nos permite encuadrar la presentación del Centro de Salud Las Flores Sur apelando a la distinción de los tres niveles que participan del sistema social los cuales a la vez mantienen una relación de interdependencia entre sí. Estos niveles son, siguiendo a Lapassade (1977) Grupo; Organización e Institución.

El Centro de Salud las Flores Sur lo ubicamos en el primer nivel del sistema social, refiere al lugar de “la base” donde acontece la vida diaria de los sujetos que asisten al mismo tanto a demandar como a garantizar el derecho a la salud. Está interrelacionado con el segundo nivel donde ubicaremos a la Secretaría de Salud Pública Municipal organismo de quien depende institucionalmente formando parte de los aparatos burocráticos-administrativos regidos por formas jurídicas propias. Este nivel al que podemos llamar también “grupo de grupos” cumple la función de mediar entre el Estado y la Sociedad Civil. Ambos niveles se van a ser eco y van a materializar lo que está formalmente instituido en el tercer nivel, el cual corresponde al Estado que hace la Ley, es el lugar de la cumbre que da a las instituciones fuerza de ley:

La Constitución Argentina en su artículo 13 establece la salud como derecho del pueblo y deber del Estado. La República Argentina es un Estado Federal; integrado por 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Capital Federal). Estas 24 unidades político-administrativas son las que tienen, por mandato constitucional, la responsabilidad del cuidado y la protección de la salud de la población. Como la salud es un derecho

constitucional, se puede afirmar que no existen barreras legales que impidan el acceso de los argentinos a los servicios públicos de salud. Por eso es que se considera que éstos brindan una “cobertura universal”. (Documento El Sistema de Salud en Argentina, 2022)

De esta manera El Centro de Salud Las Flores Sur está atravesado por lo que la cumbre instituye en términos de política de Salud Pública válida para todo el territorio argentino. Refiere a una política expresada en un Sistema de Salud articulado por tres componentes: el político (Modelo de Gestión), el económico (Modelo de financiación) y el técnico (Modelo de Atención). Este sistema incluye tres subsectores: Público, de Seguridad Social y Privado.

El Centro de Salud Las Flores Sur pertenece al Subsector Público, cuyo objetivo es,

Prestar servicios a la población a través de hospitales y de los centros de salud, los gobiernos provinciales y municipales tienen los establecimientos de atención bajo su jurisdicción y son los responsables directos de la misma. Atiende a las familias de menores ingresos, a las personas que no tienen cobertura de la seguridad social porque no son trabajadores en relación de dependencia o porque no tienen capacidad de pago. También atiende a personas que, si bien tienen cobertura por alguna obra social, tienen limitaciones de acceso por razones geográficas o económicas. (El Sistema de Salud en Argentina, 2022)

En este andamiaje institucional el Centro de Salud las Flores Sur se inscribe y responde a la política de salud asumida por la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, la cual hace eje en la Atención Primaria de la Salud (APS) estrategia sanitaria que viene llevando adelante desde hace más de 25 años. Funcionando como primer eslabón dentro de la red de salud, en la cual se busca que “todas las instituciones, servicios y atenciones se complementen y cooperen, formando

grupos amplios y plurales, ya que ni un listado de enfermedades, ni un paquete de prestaciones alcanzan para cubrir todos los problemas de salud” (rosario.gob.ar, 2022).

El Centro de Salud Las Flores Sur forma parte de una plantilla de más de 50 efectores de salud localizados en toda la extensión territorial de la ciudad de Rosario, distribuidos geográficamente sobre una lógica de 6 Distritos, extendiéndose en algunos casos los límites estrictamente urbanos, llegando a poblaciones que poseen realidades socioeconómicas muy diferentes.

De esta manera el Centro de Salud Las Flores Sur, al igual que el resto, se constituye en ese espacio institucional primario donde las personas realizan su contacto con el sistema de salud público al experimentar las primeras acciones de asistencia sanitaria. Este espacio real, concreto y cotidiano se erige en la base de la sociedad donde las relaciones humanas (e inhumanas) se rigen por instituciones. Lapassade (1974) dice que bajo esa superficie están las relaciones de producción, de dominación, de explotación. Todo el sistema institucional está ya allí, entre nosotros, aquí y ahora. En este nivel se cruza la práctica analítica con la intervención. En esta dirección Ana María del Cueto (2013) nos dice que cuando nos dirigimos a una institución no solo encontramos un espacio físico, geográfico, arquitectónico, sino también la fantasmática inconsciente que circula en y entre los grupos que la habitan, que dan cuenta de situaciones específicas de estos grupos y de situaciones institucionales que encuentran este canal de expresión propio (p.66).

Actualmente, el Centro de Salud se compone ediliciamente de nueve consultorios equipados según criterios asistenciales acorde a las especificidades profesionales que lo integran. En tal sentido existen dos consultorios destinados a pediatría y el resto son asignados a: ginecología, obstetricia, odontología, psicología, trabajo social, enfermería, médicos generalistas y clínicos. Igualmente existe un espacio para recepción,

administración y sala de espera donde los usuarios tramitan sus turnos siguiendo la lógica de un sistema de adscripción formalmente instituido.

La adscripción en APS es un proceso que implica la vinculación y el acercamiento entre los equipos de salud y su población a cargo. Tiene como objetivo alcanzar la continuidad y la longitudinalidad en el cuidado de la salud. En este contexto procedimental se confeccionan las historias clínicas familiares, las cuales son ordenadas siguiendo un criterio de numeración, habilitando de esta manera un abordaje integral de la situación. Ajustado a esta normativa el Centro de Salud pone en funcionamiento un Sistema de Referencia entre profesionales y usuarios, mediante los cuales son divididos en grupos bajo la responsabilidad de distintos equipos de referencia. Estos equipos preferentemente tienden a conformarse de manera interdisciplinar o multiprofesional, pudiendo variar en relación con los objetivos, las características de los usuarios y a la disponibilidad de recursos. Generalmente en el primer nivel de atención estos profesionales suelen ser médicos y enfermeros. Y suelen contar con apoyo especializado matricial cuando la situación lo requiere. Especialmente asociadas a disciplinas como Trabajo Social, Psicología y Psiquiatría. La fase administrativa prestacional se completa con un servicio de Farmacia que pretende garantizar en tiempo y forma la demanda de medicamentos que los usuarios requieren.

Este dispositivo formado por equipos de referencia que opera en el primer nivel de atención está atravesado discursivamente por el enfoque de la clínica ampliada. Consiste esencialmente en una clínica centrada en el sujeto en sus múltiples dimensiones. Vale decir, incluye la enfermedad, la dolencia, el padecimiento y lo subjetivo en torno a un contexto social global y particular: “La reforma y ampliación de la clínica y de las prácticas de atención integral de la salud dependen básicamente de la institución de nuevos patrones, de maneras de relacionarse entre Sujeto/clínico y Sujeto/enfermo” (De Sousa Campos, 1998, p.3).

En virtud de la complejidad de las problemáticas que inundan a los centros de salud se impone como requisito casi ineludible respetar el enfoque interdisciplinario que da lugar a la conformación de equipos multidisciplinares. En esta dirección, Alicia Stolkiner (1999) nos propone pensar al equipo interdisciplinario como un grupo que debe conducirse con una lógica que contemple lo subjetivo y lo intersubjetivo, lo cual implica una serie de renunciaciones, entre ellas, considerar que el saber de la propia disciplina no es suficiente para dar cuenta del problema (p.1).

Por último, es preciso señalar que para el abordaje de determinadas situaciones el Centro de salud a través de sus equipos y/o diferentes profesionales establece relaciones interinstitucionales con efectores del segundo y tercer nivel de atención (CEMAR y Hospital de Niños Víctor J. Vilela); Servicio Local (infancias-primer nivel), Escuelas, Servicio Público de la Vivienda, Centro de Asistencia a la Justicia (JAC), Dirección Provincial de Niñez, Defensoría de Niños, Niñas y Adolescentes, Registro Civil, Dirección Provincial de Discapacidad, Juzgados, Fiscalías y con el Centro de Salud N° 15 con el cual comparte el mismo radio geo-referencial.

#### **IV.I) De La Institución A “Lo Institucional”, Del Territorio A “Lo Territorial”**

Para introducirnos en la dimensión de lo institucional y lo territorial, nociones que nos permiten pensar la institución y el territorio como algo en movimiento y no como espacios estáticos, es decir, como dispositivos que trascienden el nivel explícito funcional y simbólico que toda institución reúne y conserva, acompañado además de su dimensión imaginaria, componente que el Análisis Institucional introduce para pensar no solo lo que la institución es sino también lo que cree que es, consideramos desde el punto de vista metodológico adoptado partir en primer lugar de un breve recorrido histórico acerca del Centro de Salud Las Flores. Observando su devenir y su implicancia territorial en términos espaciales y organizacionales para comprender mejor la relación dialéctica que se da entre lo instituido e instituyente que produce institucionalización.

Entendemos por instituido aquello que opera de manera establecida, lo que se impone de manera formal o informal expresado en un conjunto de valores y normas dominantes, de status y roles, de leyes que le dan fundamento a un orden social que a la vez contiene fuerzas conservadoras. Por el contrario, lo instituyente refiere a esa fuerza de protesta contra lo instituido, ubicándose en una posición de interrogación y de interpelación. Vale aclarar que lo instituido cumple un papel importante, como ya hemos visto en los apartados anteriores, en cuanto asume una función de referente para todas las prácticas y actividades humanas. Pero que es necesario siempre vigilar cuando éste se manifiesta de manera exacerbada corriendo el riesgo de caer en lo que políticamente nombramos como “conservadurismo” o “reaccionarismo”. Y el resultado de esa relación dialéctica entre lo instituido e instituyente, del trabajo de esas dos fuerzas, tal como fuera mencionado más arriba, deviene en institucionalización. Esta dimensión recupera la fuerza innovadora de lo instituyente dando lugar a reglas nuevas, pero permitiendo que la institución se perpetúe. (Barembliitt, 2005)

Con la salvedad de esta breve introducción, diremos que: El Centro de Salud Las Flores Sur registra su nacimiento en el año 1976, ubicado en la parte más antigua del barrio que lleva su mismo nombre. Sus inicios están ligados al funcionamiento de una sala de primeros auxilios construida por los primeros pobladores que habitaron el barrio, ubicada en la calle Flor de Nácar 6871 donde aún continúa brindando sus servicios a la comunidad. Cuatro años más tarde pasó a depender de la Secretaría de Salud Pública Municipal transformándose de “salita” a Dispensario contando con personal a cargo de esa jurisdicción. Para ese entonces, la oferta asistencial incluía, además de un paquete básico de prestaciones conformado por los servicios de enfermería, pediatría, clínica de adultos y tocoginecología; un grupo de promotoras de la salud que hacían a veces de agentes sanitarios, intentando implementar el esquema de la incipiente Atención Primaria de la Salud. Política a la cual el Centro de Salud quedará, junto a otros efectores,

formalmente inscripto en el año 1991 en el marco de un proceso de transformación sanitaria que impulsó la gestión socialista constituyéndose en su máximo bastión en términos de política pública.

Es menester hacer algunas consideraciones respecto a las características que fueron definiendo su anclaje territorial tanto en términos jurídicos administrativos, como materiales y simbólicos. Esto supone, siguiendo a María Graciela Spataro (2008), pensar al territorio como un fenómeno complejo, atravesado por múltiples condicionantes y determinantes (jurisdiccionales, sociohistóricos, políticos, económicos, culturales, etc.). Al mismo tiempo que se impone como una “construcción social”, producida y productora de prácticas, normas y representaciones sociales de sus habitantes.

La dimensión espacial del Barrio Las Flores Sur, como espacio social intencionalmente estructurado, se encuentra formando parte del Distrito Suroeste de la ciudad de Rosario, dentro de un enclave urbano mayor y extendido que incluye además el Barrio La Granada, Las Flores Este y el Barrio 17 de agosto, entre otros. Delimitado al norte por la Avenida Circunvalación 25 de mayo, al sur por el Arroyo Saladillo, al este por la Avenida San Martín y al oeste por la Autopista Rosario-Buenos Aires.

La construcción del Barrio Las Flores data de mediados de los años 60' y estuvo a cargo exclusivamente de la Municipalidad de Rosario. Por aquellos años se produjeron las primeras posesiones a dichas viviendas, delimitadas por las calles Prevención y Hogar, Flor de Nácar, Rosa Silvestre y España, convirtiéndose en el sector más consolidado del barrio, identificado con casas de material que mostraban un buen estado edilicio en términos generales. Sumando luego obras de infraestructura básica (agua corriente de red, cloacas, zanjas domiciliarias, luz eléctrica) que elevaban la mejoría del aspecto externo del barrio como las condiciones de la vida cotidiana de sus pobladores.

Con el correr de los años, la fisonomía del barrio fue modificándose al ritmo de cambios políticos y estructurales, sintiendo el impacto de una estrategia de relocalización

que se llevó adelante durante la última dictadura cívico-clero-militar (1976-1983) en nuestro país. Esa relocalización se tradujo en la mudanza de personas y grupos de familia provenientes del Bajo Saladillo, de La Cuarta y del Bajo Ayolas. Zonas caracterizadas por la extrema pobreza de sus habitantes, morando en casas de cartón sobre terrenos frecuentemente inundables a causa de los recurrentes desbordes del Arroyo Saladillo. A esta población se le asignaron viviendas de menor calidad asentadas en la parte más sur del barrio, con una infraestructura sanitaria deficiente trazando un espacio físico y social de difícil accesibilidad y transitabilidad. Esta nueva morfología y cartografía del barrio trazó una frontera material y simbólica con los primeros habitantes, sostenida por una línea divisoria real y concreta como es “la circunvalación” que produjo la distinción entre “Las Flores Este” y “Las Flores Sur”. Este último también se lo reconoce y se lo nombra como “Las Flores Pobre”.

Es así como desde los años '80 se fueron conformando en esta parte del barrio nuevos núcleos humanos cuyas características responden a las formas clásicas de vivir y de habitar que adquieren los asentamientos conocidos como villas de emergencia. Nuevos núcleos humanos provenientes de las nuevas generaciones que fueron configurando sus hogares en estos espacios, instalando una pauta de socialización y de supervivencia que se sigue reproduciendo hasta el día de hoy.

Este breve señalamiento nos permite evidenciar la heterogeneidad existente en una misma geografía en común, que se traduce en condiciones desiguales de infraestructura, vivienda y hábitat. Estos aspectos funcionan como fronteras que operan material y simbólicamente produciendo diferenciaciones entre “unes” y “otres” habitantes, pero que a la vez no obtura sus modos de intercambios.

La marca de diferenciación gira en la mala prensa que supone pertenecer a Las Flores Sur. Por estar socialmente considerado como un territorio fuertemente ligado a la inseguridad, a la peligrosidad o a lo delincencial, asociado a prácticas del

narcomenudeo. De esta manera sus habitantes cargan con el mote socialmente construido de delincuentes, drogadictos, narcos, negros y vagos. Designaciones negativas que colaboran en la construcción de una identidad barrial fuertemente estigmatizada que provoca a la vez exclusión y segregación. Son inclusive los propios vecinos y habitantes del barrio que alimentan también con su propio discurso, casi como un hábitus, esta mirada descalificatoria que es introyectada y barrialmente compartida. La cual comprende representaciones espaciales que los sujetos construyen en interacción con sus entornos, comparten entre sí y utilizan para describir y explicar su mundo y los modos de operar en él. En tal sentido consideramos que vivir en Las Flores Sur conlleva pisar un terreno impregnado de una fuerte simbolicidad estigmatizante que convalida una práctica de etiquetamiento que recae sobre la vida de la mayoría de los sujetos (que son esos otros que no son como nosotros) y que resulta de la construcción de la peligrosidad como espacio de toda alteridad. Y como dice el refrán: “para muestra solo basta un botón”, al barrio ingresa solo una línea de colectivo, la 140, con una frecuencia escasa reduciendo así notablemente las posibilidades de movilización de la población.

En esta dirección compartimos la idea de Spartano (2008), quien sostiene que:

Los territorios son mucho más que una geografía, y como construcciones sociales y culturales se interpenetran entre sí: no solo transitamos los territorios, los llevamos puestos. En este sentido, se puede decir, que las familias y los sujetos, en sus itinerarios e interacciones sociales, llevan sus territorios “a cuestas”, como una vestidura, en sus maneras de pensar, de emocionarse, de ver el mundo y operar en él; en el desarrollo de la intervención social se producen así interpenetraciones implícitas de diferentes territorios, que, si no son develadas, distorsionan los proesos de comunicación y aprendizaje y comprometen las situaciones de intervención social.

Vemos entonces como: institución, territorio, texto y contexto van delineando un escenario de intervención en el que se imprimen historias para contar, donde el Centro de Salud Las Flores Sur no es el único protagonista, ya que comparte territorialidad con el Centro de Salud Provincial N° 15 trazando una cartografía singular que se funda en diversas narrativas. De estas narrativas emerge que muchas personas son asistidas simultáneamente por ambos efectores. Esto no debería ser un obstáculo para los abordajes particularizados si se lograra una articulación coordinada entre los equipos de ambas instituciones. Aspecto que durante el período de nuestras prácticas advertimos como dificultoso de instrumentar. Esto pone en tensión el discurso del trabajo en red como también la demanda por un trabajo interdisciplinar y de prácticas del cuidado. Al mismo tiempo hemos constatado que las personas que son asistidas en el Centro de Salud corresponden en su mayoría a residentes permanentes del barrio, que en algún momento asentaron su referencia con la institución, siendo muy poco frecuente la concurrencia de personas provenientes de otros lugares. Cabe destacar que casi el 90% que asiste al efector son mujeres, constituyéndose en el sujeto de la intervención casi de manera excluyente, concebido por el Trabajo Social como sujeto situado y en situación.

Esto que hemos plasmado condice con la idea de Carballeda (2008) de pensar que los escenarios “se hallan dentro de diferentes territorios que los contienen y son atravesados por disímiles formas de inscripción de los problemas sociales, que en tanto marcas objetivas y subjetivas de éstos, pueden ser analizadas desde diferentes expresiones de las “cartografías sociales” (p.75). “Los escenarios de intervención en lo social pueden ser entendidos como espacios escénicos cuya conformación trasciende límites predeterminados y generan diversas situaciones de diálogo entre territorio y contexto” (p.80).

#### **IV.II) Lo institucional y la distribución desigual de los Cuidados**

Fue metodológicamente necesario hacer este recorrido analítico integral e integrado para adentrarnos al tema que nos preocupa en este trabajo de sistematización de la propia experiencia interventiva, donde “lo institucional” nos vuelve a recordar que los que ponen en movimiento a las instituciones son los grupos humanos que la conforman, atendiendo también los procesos y acontecimientos institucionales que se producen en su devenir. Y es en el terreno de lo imaginario institucional donde se ponen en juego siguiendo a Kaminsky (1990) las violencias y las contra violencias institucionales. Este autor además agrega que en el ámbito institucional la violencia recorre todos sus espacios, algunas son fácilmente visibles y otras se manifiestan de manera muy sutil, no perceptible de primera mano (violencia discursiva, violencia simbólica) (p.19).

En el marco de estas breves consideraciones situaremos por un lado el trabajo cotidiano del equipo de profesionales traduciendo de algún modo aquello que funciona como instituido. Nos referimos a la constatación de la coexistencia de dos maneras diferentes de llevar adelante la práctica de la asistencia sanitaria. Una representada por profesionales fuertemente impregnados por el paradigma médico hegemónico, destinando toda su jornada a lo estrictamente biológico, siguiendo patrones de productividad y dejando de lado las particularidades de las situaciones y de los sujetos.

Contrariamente, otros profesionales se posicionan en el enfoque de la medicina social convocando al trabajo conjunto para abordar cada problemática de manera interdisciplinaria, a la vez teniendo en cuenta la singularidad de cada situación donde una práctica del cuidado tiende a tener lugar. En esta franja se destaca la trabajadora social, la psicóloga y la psiquiatra tejiendo lazos profesionales con las médicas generalistas en la necesaria tarea de pensar junto con otros para intervenir en situaciones complejas.

Hacer este señalamiento es sumamente pertinente, ya que va a impactar de manera desigual a la hora de reflexionar acerca de los procesos de atención en salud

implicando la problemática de la distribución desigual de los cuidados y atendiendo el enfoque de las masculinidades hegemónicas.

En nuestro proceso de prácticas hemos podido visualizar que el equipo de trabajo recibe demandas mayoritariamente manifestadas por mujeres en su condición de madres, tías, abuelas, hermanas, vecinas. Las cuales asisten al Centro de Salud para satisfacer la necesidad de un cuidado propio como así también de otros, sean éstos mediados por vínculos familiares o no.

En este sentido la sala de espera se convertía en el espacio institucional privilegiado poblado de mujeres del barrio de distintas edades. Durante los tres años que transitamos el Centro de Salud fueron escasas y casi nulas las veces que cruzamos y abordamos situaciones con población masculina.

Esta observación significó no solo tomar registro de un indicador de carácter cuantitativo sino poder mirarlo como una señal en términos de analizador. Para el Análisis Institucional el analizador se constituye en el instrumento que nos permite hacer hablar lo obvio, vale decir, nos permite interrogar lo naturalizado, lo hablado por la institución: “todo habla en las instituciones en la medida que la sepamos escuchar” (Kaminsky, 1990, p.8).

Con relación a la problemática detectada, notamos que el equipo de trabajo no venía demostrando un interés pronunciado para avanzar sobre la problematización de la distribución desigual de los cuidados. Salvo, como ya hemos mencionado anteriormente, la trabajadora social y algunos pocos otros profesionales que lo abordaron en situaciones particulares o específicas. En general, no se aprecia una inscripción en las subjetividades personales y/o profesionales como una problemática que atraviesa y afecta a la población del barrio perpetuando así las desigualdades que históricamente recaen sobre los cuerpos feminizados. Tampoco esto es percibido o manifestado explícitamente como una problemática compartida entre las mujeres que asisten al Centro de Salud.

Este fenómeno, pensamos rápidamente encuentra su justificación si traemos a cuenta que la institución y los grupos que la habitan están inmersos y fuertemente atravesados por las normas y valores que rigen la sociedad capitalista (neoliberal) sostenida por un sistema patriarcal. El cual incide en las relaciones de género que se organizan o estructuran en base a valoraciones culturales que confirman esa lógica machista y que son reproducidas a diario mediante discursos y prácticas. En este mecanismo descansa la eficacia simbólica del patriarcado.

De esta manera, el tránsito por esta experiencia que abarcó tres años de aprendizaje de la práctica profesional nos permitió repensar y problematizar dicha naturalización. Esta oportunidad de reflexión asienta sus raíces en el derecho de haber podido acceder a una formación universitaria de carácter pública, que nos allanó el camino hacia la apropiación de bagajes teóricos producidos por los feminismos y transfeminismos. Enfoques que tuvieron un peso sumamente significativo a la hora de sobrellevar también nuestros propios procesos de deconstrucción subjetiva, permitiéndonos advertir ese pasaje de lo instituido-hablado a lo instituyente-hablante.

La dimensión de lo hablado puede ser asociada con el plano de lo instituido. La primera regla de precaución es tratar de trascender los espejismos de las formas, pero no prescindir de ello ya que lo hablado-instituido no es material de desecho, muy por el contrario, las vestimentas, las inscripciones en las paredes, los modos y costumbres prototípicos, etc., son elocuentes de los códigos que pueden ser imperceptibles pero su registro nos puede introducir en la dimensión de “lo hablante”. (Kaminsky, 1990, p.31)

Lo hablante es aquello que nos facilita otra comprensión de la institución. ¿Cómo aparece lo hablante? Aparece bajo la ruptura de lo habitual, las fracturas, contradicciones, oposiciones, las situaciones paradójales de lo “hablado”. Lo hablante institucional puede ser asociado con el par complementario de lo instituido que es lo instituyente. (Kaminsky, 1990, p.31)

En virtud de lo expuesto y retomando la vida cotidiana de la institución, volvemos a explicitar que la mayoría de las demandas provienen de las mujeres del barrio asumiendo distintos roles en un amplio juego de vínculos interpersonales, familiares, barriales. Estas demandas se traducen en un abanico de pedidos de atención de salud diversos, entre los cuales se detecta el embarazo adolescente como una problemática saliente, seguida por un porcentaje alto de personas portadoras de diferentes grados de discapacidad física o mental, acompañadas de demandas relacionadas a problemas habitacionales o de alimentación.

Antes de la pandemia estas mujeres circulaban diariamente por la sala de espera, inclusive sin turno previo. Durante el Covid-19 este paisaje se modificó radicalmente ajustándose a los requerimientos del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) que impuso el gobierno nacional. En este marco el Centro de Salud implementó un dispositivo de asistencia que privilegió las urgencias y patologías específicas con turnos previamente otorgados. Esta realidad nos llevó a interrogarnos ¿Cómo impactó la pandemia en los sistemas de cuidados vigentes? ¿Cómo se dio la reorganización del cuidado de las familias en estos sectores vulnerados? ¿Cómo se las arreglaron las mujeres de estos sectores populares en su rol de jefas de hogar como actividad no remunerada y como trabajadoras de casas particulares en simultáneo?

En este sentido, Juan Martín Bustos (Consultor de la CEPAL) y Soledad Villafañe (Oficial de Asuntos Económicos de la CEPAL) consideraron que:

Los nudos estructurales de la desigualdad por razón de géneros se vieron agravados en contexto de pandemia y asentaron el reclamo por políticas contra cíclicas sensibles a las desigualdades de género para mitigar los efectos de crisis y recesiones económicas en la vida de las mujeres y promover marcos normativos y políticas que

dinamicen la economía en sectores clave, incluido el de la economía del cuidado. (CEPAL, 2020, p. 11)

Detectando que, en estos barrios populares, como por ejemplo el Barrio Las Flores Sur, así como en asentamientos o villas de emergencia sus pobladores pusieron en práctica sus propias estrategias de cuarentena barrial que les permitía cierta circulación fuera de la vivienda y que se articuló con otras instituciones ancladas en esos territorios (centros barriales, comedores, merenderos, etc.)

En este contexto el gobierno nacional llevó adelante una serie de medidas orientadas al cuidado de las personas que registraban mayor nivel de vulnerabilidad social. En consecuencia, implementó el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) que consistió en una ayuda económica de \$10.000.- destinada a trabajadores/as desocupados/as y/o pertenecientes a la economía informal, quienes recibieron esta ayuda económica en tres oportunidades. Otras personas que ya estaban incluidas en algún componente de la protección social y de bajos ingresos (jubilados y pensionados, AUH, Salario Social Complementario, etc.) percibieron un bono complementario por una única vez. A esto hay que sumarle el reforzamiento del Plan Nacional Argentina contra el Hambre y fortalecimiento de la Tarjeta Alimentaria. Sin embargo, dentro de este entramado de políticas de cuidado se resalta la sobrecarga a la que se vieron expuestas las mujeres en general dada la intensificación de las tareas de cuidados dentro de los hogares.

Cabe destacar que hoy en día, postpandemia, el Centro de Salud ha recuperado su clásico paisaje. Aunque ya no vemos a las personas en el interior de la sala de espera sino haciendo largas filas a las afueras del efector en búsqueda de algún turno programado o atención espontánea, y el sujeto constante y predominante sigue siendo: “las mujeres”.

El circuito institucional de atención comienza con un registro de datos asentados por el servicio de administración. El ingreso se formaliza mediante una entrevista de admisión a cargo de una enfermera que cumple el rol de coordinadora y en compañía de la trabajadora social. Fruto de nuestro ejercicio de observación, en dicha entrevista se avanza en la ampliación de información referida al sujeto y su contexto familiar (datos personales, habitacionales, ingresos, trabajo, enfermedades, etc.) haciendo hincapié en la trayectoria de vida. Se le asigna al sujeto o al grupo familiar un equipo de referencia privilegiando un criterio de cercanía inherente a la lógica que impone el sistema de adscripción. Dicho mecanismo se inaugura con la apertura de una historia clínica familiar que tiene como objetivo evolucionar de manera integral los problemas de salud que sus integrantes manifiesten, valiéndose de un “familiograma” como técnica apropiada de registro entre otras. Se apunta a que todos los profesionales, de referencia o matriciales, registren sus intervenciones allí apelando a indicaciones, prescripciones y relatos claros para facilitar la comprensión para aquellos que tienen acceso a su lectura.

Otro dispositivo interesante para destacar ha sido la incentivación por parte de la psicóloga de pautar encuentros semanales para sostener discusiones de caso que demanda la complejidad que presentan algunas situaciones protagonizadas en su mayoría por mujeres. Nuestra participación en dichos encuentros nos permite evaluar de muy necesario el funcionamiento de este tipo de encuentros, ya que fomenta la reflexión interdisciplinaria favoreciendo el trabajo en equipo para arribar a criterios de intervención más integrales, con aspiraciones a lograr un mejoramiento de la calidad de vida de las personas. No obstante, esta iniciativa no prosperó, se diluyó en la rutina institucional y no logró tener una continuidad aceptable. Las reuniones de equipo persistieron, aunque cumpliendo meramente una función informativa, en ocasiones de carácter catártico para licuar tensiones cotidianas o malestares profesionales a causa de esos vínculos que se

establecen en el hacer junto a otros, que compromete relaciones entre pares y jerarquías inscriptas en la división técnica, social y sexual del trabajo.

El Trabajo Social no es una pieza aislada en esa coyuntura, en ese escenario tan controvertido como auspicioso intenta intervenir desde una intencionalidad (política) esperanzadora con el fin de generar alguna modificación en las diferentes situaciones presentadas, donde confluyen el derecho a la asistencia y las políticas de cuidados de manera tensionadas frente a las diversas necesidades planteadas por las propias personas, cuya mirada singular de los problemas que sufren a veces se contraponen a las formaciones discursivas que instituye la organización.

# CAPÍTULO V

### **Tareas de Cuidados, Roles y Estereotipos**

En función de lo que venimos desarrollando acerca de la trama institucional, hemos podido detectar, por otro lado, que las reuniones de equipo han dejado entrever un incipiente interés por abordar la problemática en cuestión. Se ha deslizado el reconocimiento de que los hombres del barrio tienen naturalizado un comportamiento despreocupado por el cuidado propio de la salud, o bien, es delegado a un referente familiar casi siempre mujer. Esto es fácilmente constatable a través de los registros volcados en las historias clínicas familiares, en donde se puede observar que los controles pediátricos de los niños están a cargo principalmente de mujeres. Además, la presencia femenina se acrecienta a causa de controles obstétricos, ginecológicos y estudios relacionados a la salud sexual y reproductiva. En muy contadas ocasiones y de manera esporádica se observa la presencia de varones en busca de un turno o atención. De estos últimos se registran algunos antecedentes solo cuando eran niños llevados por sus madres o cuando ya adultos se ven afectados por una situación de urgencia y asisten por sí mismo de manera excepcional.

Al ser señalada por nosotras esta realidad en el marco de nuestras prácticas, algunos profesionales mostraron cierto grado de interés para ponerla en cuestión o en interrogación, reconociendo que frecuentemente son ellos mismos quienes alimentan esta pauta de comportamiento naturalizada, ya que cuando un niño requiere de un cuidado es costumbre o tendencia citar solo a la madre o a la mujer cuidadora de turno. Y, si en el mejor de los casos ambos progenitores concurren, algo poco común, la interacción principal es con la mujer-madre.

Recuperar estos registros volcados en el cuaderno de campo nos lleva a reflexionar sobre el peso de las representaciones sociales que se construyen en la interacción de un entorno espacial determinado, produciendo ciertos discursos

performativos que tienden a cristalizar conductas estereotipadas en un juego de jerarquías sociales fuertemente atravesado por este enfoque asentado en las masculinidades hegemónicas.

Los estereotipos de género surgen a partir de las creencias o los pensamientos que “etiquetan” las conductas y características asignadas como femeninas y masculinas. Se sustentan en los roles e identidades que socialmente son atribuidas a los hombres y a las mujeres mediante la acción socializadora, la permanencia en el tiempo y las prácticas sociales confirmadoras. Los estereotipos son asumidos como naturales y son productos ideológicos constituidos por: sistemas de creencias compartidas acerca de los grupos de ‘hombres’ y de ‘mujeres’ en general o sobre las características de masculinidad y feminidad por ellos desarrolladas. (Fundación Juan Vives Suria, 2010, p. 47)

Por otro lado, las observaciones registradas nos llevan a considerar los roles de género. Los mismos “están configurados por las funciones y tareas que deben cumplir los hombres y las mujeres en una determinada sociedad, tanto para el mantenimiento del orden social genérico como para el sistema social como un todo” (Fundación Juan Vives Suria, 2010, p. 46).

En el desarrollo que venimos realizando podemos observar como a las mujeres se les ha asignado a lo largo de la historia los roles domésticos, responsabilizándolas de la esfera reproductiva y a los hombres los roles proveedores y públicos, siendo los encargados de llevar a cabo las tareas productivas.

Teniendo en cuenta lo expuesto y a partir de nuestra práctica vivencial en la institución y en el territorio podemos decir que estos roles y estereotipos están fuertemente arraigados en los modos del vivir, sentir y actuar de la mayoría de las personas que lo habitan. Durante nuestras recorridas por las calles del barrio pudimos constatar que las escuelas, los comedores, el Centro de Convivencia Barrial son casi exclusivamente ocupados o habitados por mujeres.

En esta línea, creemos importante retomar el concepto de interseccionalidad ya que enriquece la mirada para poder desentrañar roles y estereotipos presentes en el barrio, donde los atravesamientos de clase, género, pertenencia étnica, orientación sexual, cultura, generación, entre otros, nos constituyen como sujetos. De esta manera la noción de interseccionalidad impacta en la complejidad y vulnerabilidad social que arrastra la población usuaria de la institución, entendiendo en primer lugar, que el territorio constituye una categoría clave al considerar que esta franja poblacional portadora de una identidad socialmente estigmatizada está ubicada en la periferia de la ciudad, asentada en zonas inundables, con servicios de infraestructura básica muy precaria. Al mismo tiempo fruto de esa estigmatización algunas usuarias manifiestan sus dificultades de acceder a un trabajo más estable y seguro, que les permita salir de la precariedad de las changas o de la informalidad del trabajo no registrado. Vale decir, superar niveles de vulneración y de riesgos sociales, en última instancia reducir la exclusión. Vemos así como clase y género se imbrican en diferentes experiencias laborales (changas de albañilería, cirujeo, cartoneo, trabajo en casas particulares, etc.) que se dan en dicha marginalidad social y desde luego tiene su impacto en la organización de las tareas de cuidado en los hogares.

A diferencia de aquellas familias con ingresos más elevados que cuentan con mayores recursos para elegir de qué manera se van a distribuir los cuidados o en su defecto mercantilizarlos (lo que no necesariamente implica relaciones de géneros más equitativas), en el barrio Las Flores Sur son principalmente las mujeres las que cargan con el trabajo del cuidado doméstico familiar. Esto se expresa en una dinámica asociada a normas, valores, prácticas e interpretaciones particulares que se tejen en ese territorio y en los que se apoya la dominación masculina traduciendo la familiarización y feminización de las tareas de cuidados. Es preciso decir que: “en cada clase el sentido de las prácticas, relaciones y la experiencia misma respecto a los cuerpos sexuados

subordinados y los cuerpos sexuados dominantes tienen construcciones particulares. Estas codificaciones simbólicas legitiman y naturalizan la dominación” (Alatorre Rico, 2006).

Por otro lado, el rango etario constituye una categoría relevante ya que en el Centro de Salud existe una alta tasa de jóvenes mujeres embarazadas y/o con hijos. Teniendo en cuenta el tiempo y las dificultades que implican las tareas de cuidados, sumado a la no responsabilidad de los hombres en las mismas, es que se produce en este grupo de mujeres situaciones vinculadas a la deserción escolar y consecuentemente a la exclusión del mercado laboral informal como formal.

Mayoritariamente los hombres se ocupan de la esfera productiva sin dedicar demasiado tiempo a los cuidados. En contexto de pandemia, cuando las actividades laborales quedaron suspendidas y contaron con mayor tiempo de ocio, continuaron sin involucrarse en las tareas reproductivas del hogar, provocando una sobrecarga en las mujeres quienes asumieron la responsabilidad en ambas esferas desplegando estrategias de supervivencia a través de recorridos institucionales en búsqueda de asistencia y soportes alimentarios.

Las diversas categorías que fuimos mencionando, denotan distintas opresiones que se entrecruzan en las realidades que habitan los sujetos con los que trabajamos: generalmente mujeres jóvenes madres, pertenecientes a clase baja y/o media-baja, empobrecidas, con empleo precario o desempleadas. Además, vivir en Las Flores Sur configura un territorio extremadamente complejo que hace saltar los hilos de todo pensamiento crítico orientado a reflexionar sobre la distribución desigual de los cuidados. Para comprender mejor esta realidad sería aconsejable implicar una mirada cartográfica que,

Acompañe y sea capaz de ver el movimiento de las personas que protagonizan las diferentes escenas de la vida cotidiana, y asumir que todas las personas pueden generar buenos y malos encuentros y, por lo tanto, producir cuidado en algunas ocasiones y en otras no. (Benet Blasco, 2017, p.121)

Esto nos lleva a poner en discusión las políticas públicas vigentes para buscar su mayor acercamiento con estas realidades, pensadas por nosotras como “realidades situadas”.

Un signo, como expresión de esta realidad intervenida, quedó evidenciado en la Jornada del “Día Internacional de la Mujer” del 8 de marzo de 2019. En ese marco el Centro de Salud llevó adelante una convocatoria masculina orientada a situar la importancia de la responsabilidad en la tarea de los cuidados, que le permitiese a las mujeres libremente celebrar su día participando de diferentes actividades programadas para tal fin.

Si bien fue de parte de la institución un gesto incipiente de cierto impulso instituyente, la estrategia no arrojó las expectativas esperadas. La pasividad se apoderó de ese espacio y la dinámica institucional continuó con su rutina sin hacer foco en lo acontecido, sin mostrar demasiado ánimo por instalar un encuentro donde poner a discutir los resultados negativos de la convocatoria. Este panorama posteriormente se vio agravado por el advenimiento de la pandemia, que inclinó la balanza hacia una atención estrictamente biológica<sup>1</sup>. Dejando suspendida, relegada, las discusiones sobre la desigualdad de género en las prácticas de cuidado. Su problematización se vio reducida

---

<sup>1</sup> “El biologicismo casi como el exclusivo modo de explicar y abordar los problemas de salud, reivindicando como única verdad la proporcionada por la racionalidad científica y subordinando cualquier otro discurso, relato a ése, termina además de generando una relación equipo de salud-usuario asimétrica, una reducción de la palabra de ambos integrantes de esta relación a su expresión mínima se quita así espacio al lenguaje, a lo puramente humano de esta relación.” (Delgado, et.al, 2017:3)

a iniciativas personales según la mirada de cada profesional más o menos interesado, más o menos implicado, más o menos comprometido.

Esta situación nos llevó a preguntarnos ¿Qué otras instancias o estrategias serían factibles para que los varones concurren cuando son convocados? ¿Cómo persuadirlos para que se involucren con mayor responsabilidad en las tareas de cuidado?

Del mismo modo entendemos que la asignación de responsabilidades en las tareas de cuidado sobre las mujeres también está ligada al imaginario social de lo que se espera que hagan los hombres. Vistos como proveedores del hogar y por fuera de la esfera reproductiva, lo que refuerza las representaciones de la masculinidad hegemónica. Aquellos hombres que se alejan de los mandatos estereotipados escapan a la regla, a lo normativo, suelen ser juzgados o “marcados” por sus pares. No solo que no tienen un registro sobre lo que implica el cuidado del otro, sino que también descuidan su salud. Refiere a la “omnipotencia que la sociedad en su conjunto deposita en ellos” (Robles et.al, 2021, p. 94).

Este abordaje sistematizado de nuestra experiencia nos lleva a seguir preguntándonos si: ¿es posible pensar intervenciones en relación con la problemática desde el Centro de Salud? Teniendo en cuenta las desigualdades y complejidades que se presentan hoy en la institución: ¿Qué tan urgente se torna su abordaje? ¿Se pueden esperar resultados significativos si es solo desde los profesionales que se lo problematice? ¿Cómo intervenir con las familias para que la situación pueda visibilizarse como un problema sentido? ¿Qué políticas desde el Estado (en todos sus niveles) son necesarias para desnaturalizar y deconstruir las masculinidades hegemónicas?

# CAPITULIO VI

## Reflexiones Finales

Guiadas por los interrogantes enunciados anteriormente las reflexiones finales que volcamos aquí son de carácter provisoras y fragmentarias, aunque con un enriquecido potencial analítico fruto de una apuesta de sistematización que le da sostén al presente Trabajo Integrador Final. Cuyos resultados nos ha permitido comprender cómo es que llegamos hasta aquí brindándonos la posibilidad de mirar la realidad abordada de nuevos modos y con otra amplitud interpretativa para:

Poder desear que en este mundo se pueda apostar por modos de actuar que construyan cuidados, allí en el encuentro con el otro, que tomen como fundamento que la vida de cualquier persona vale la pena porque es el centro efectivo de la principal forma de riqueza que nos interesa a todos, posicionándonos radicalmente en la defensa de las vidas no fascistas, bajo cualquier modalidad y diferencia. (Merhy, 2016, p.12)

Es así como, la sistematización nos ofrece al decir de Saibene (2020) los elementos necesarios para producir una mediación conceptual que signifique pasar de un objeto empírico - la situación abordada por la intervención- a la construcción de un objeto teórico -punto de partida de toda investigación- (pp.18-19).

Por lo tanto, el resultado de este trabajo de análisis en clave de sistematización de la experiencia realizada lo consideramos como un valioso insumo que ponemos a disposición del deseo propio o de otros que muestren interés en el futuro para comprometerlo bajo las reglas de un tratamiento investigativo, sugerentemente orientado en el estudio sobre la producción de cuidado en salud desde una perspectiva micropolítica. Perspectiva que hemos descubierto casi al cierre de esta tesina producto de la búsqueda de bibliografía relacionada al tema, por lo que solo incluiremos algunas conceptualizaciones en este tramo por considerarla un aporte interesante y pertinente en

este momento de cierre, y por estar en sintonía con el enfoque teórico-metodológico asumido en este trabajo.

Desde una perspectiva micropolítica el cuidado se entiende como una producción subjetiva que se da en función de cómo las personas dan sentido al mundo y a las formas de intervenir en él, se lo concibe como un acontecimiento micropolítico que se da entre encuentros cotidianos entre trabajadores y trabajadoras de salud y usuarios y usuarias. En este sentido el cuidado no se define como un procedimiento o actividad, sino como un modo de hacer singular que se construye en el momento del encuentro y que se crea con el “trabajo vivo en acto”. (Benet Blasco, 2017, p.24)

Vale decir el trabajo en salud se da siempre sobre la base de un encuentro, es siempre relacional, en acto. “A su vez, el estudio de la producción de cuidado desde una perspectiva micropolítica reconoce y visibiliza la corporalidad como eje relevante en la producción de conocimiento, no solo en la investigación, sino en nuestras existencias particulares” (Benet Blasco, 2017, p.123). Para un mayor acercamiento a esta perspectiva hemos incluido en el apartado “anexos” una síntesis ampliatoria de la misma. (Ver Anexo N°6)

Retomando el análisis de la problemática abordada destacamos a continuación las siguientes reflexiones reunidas:

En todo el mundo, las mujeres y las niñas asumen una parte desproporcionada del trabajo de cuidados no remunerado o mal remunerado, especialmente aquellas que viven en la pobreza y que, por pertenecer a determinados colectivos, no solo sufren discriminación por razones de género, sino también de raza, etnia, nacionalidad, sexualidad y casta. Las mujeres realizan más de tres cuartas partes del trabajo de cuidados no remunerado, y constituyen dos terceras partes de la mano de obra que realiza este tipo de trabajo de forma remunerada. (OXFAM, 2020, p.14)

Esto se traduce en mayores dificultades tanto en el desarrollo de proyectos de vida autónomos como en la soberanía de nuestros destinos.

Los cuidados implican una planificación y ejecución de prácticas cotidianas socialmente no valoradas ni remuneradas, generando un gran desgaste tanto físico como mental. A su vez, es importante destacar que en el Barrio Las Flores Sur se da una presencia considerable de niños o personas con alguna discapacidad o dependencia permanente que incrementa la carga de cuidados. Esto implica lo que se denomina “pobreza de tiempo”,

Donde las mujeres al encontrarse sobrecargadas con dichas tareas no tienen tiempo para satisfacer sus necesidades básicas de descanso, cuidado personal y ocio, ni tampoco para participar de forma plena en las actividades sociales y políticas, permitiendo el predominio de los hombres tanto en términos de riqueza como en los ámbitos económico y político. (Coffey et.al., 2020, p.36)

Lo anterior da cuenta de la urgente necesidad de promover la corresponsabilidad de los cuidados desde el trabajo social, implicando a los varones en el debate público a fin de problematizar y promover la asunción de roles de cuidado compartidos entre feminidades, masculinidades y disidencias. “Trascender lo coyuntural, deconstruir las naturalizaciones del patriarcado y procurar instalar políticas de cuidado, se torna en objetivo del colectivo profesional en tanto priorizamos la búsqueda de la justicia de géneros y el alcance de la equidad entre estos” (Robles et.al, 2020, p. 81).

Consideramos pertinente destacar también,

La predominancia de mujeres en funciones públicas de asistencia y su impregnación del género en las demandas que nos son dirigidas. Se observa a ojo que las mujeres constituyen la mayor parte de la población que recorre los programas sociales, y que más que sean sus propios problemas terminan siendo los problemas de

sus familiares, particularmente de los hijos, miembros dependientes y ancianos. Son ellas portavoz de problemas y dificultades de otros. (Frizzera Santos, 2004, p.11)

Poco tematizamos la naturaleza de la fuerza femenina de las necesidades y demandas asistenciales que nos llegan, así como no nos detenemos a pensar en las expectativas que recaen naturalmente sobre las mujeres que prestan asistencia y cuidado a personas dependientes tanto en el ámbito de las relaciones próximas como mediadas por los programas sociales. (Frizzera Santos, 2004, p.3)

En este sentido, comprendemos que a pesar de la complejidad de las demandas que llegan al Centro de Salud, la problemática de las masculinidades hegemónicas que se presta de ver naturalizada, por ende, invisibilizada, está vinculada con la producción y reproducción de las desigualdades presentes en la población. De allí también, la necesidad de analizar al Estado y a sus instituciones en el mantenimiento de las representaciones vinculadas a la distribución desigual de los cuidados, mediante las prácticas cotidianas que consolidan el imaginario social.

En el barrio hay una fuerte presencia de instituciones territoriales, por lo que se torna fundamental mancomunar esfuerzos que apunten a disputar los sentidos construidos en torno a los cuidados y masculinidades hegemónicas a través de actividades y estrategias intersectoriales y transversales.

Es vital trascender las iniciativas voluntaristas de los profesionales y la soledad (en) de las instituciones, es vital el encuentro entre los diferentes actores para generar cambios significativos en la corresponsabilidad social que esta problemática demanda. Generar espacios de encuentro es la tarea: producir estancias en común para habilitar procesos de subjetivación, lo que supone transformaciones en el pensar y en el sentir que permitan provocar rupturas activas en las significaciones estructuradas. (Del Cueto, 2014, p.138)

En tal sentido el Trabajo Social no puede perder de vista la discusión acerca de las violencias impuestas por un sistema heteropatriarcal, al considerársela una profesión dedicada y comprometida a transformar la realidad propiciando cambios sociales amparados en la defensa de los Derechos Humanos.

La tarea consiste en promover la desnaturalización de estereotipos y roles socialmente construidos, de bregar por procesos de crianzas libres y autónomas, de advertir e interpelar las relaciones asimétricas de poder en los vínculos interpersonales, de acompañar la autodeterminación de las personas de acuerdo con sus deseos. (Robles et.al, 2021, p. 105)

El Trabajo Social, comprometido con los Derechos Humanos,

Tiene por delante la posibilidad de acompañar a través de su quehacer cotidiano estas transformaciones propulsadas por el movimiento feminista y disidente, que al grito de “lo personal es político”, les manifiesta a las masculinidades que no alcanza con acomodarse o incomodarse frente al debate actual instalado, sino que se hace imperiosa la tarea de renunciar a los privilegios que el patriarcado les otorgó por el simple hecho de ser varones. Resulta deseable que sean ellos mismos quienes demanden la necesidad de transformar aquellas acciones tendientes a la desigualdad entre los géneros, que no se sientan acorralados por una sociedad que se transforma y los empuja a pensarse diferentes, dejándolos sin saber cómo actuar. Que sea el amor propio y hacia las/os otras/os lo que impulse el cambio. (Robles et.al, 2021, p.106)

De esta manera, identificamos que es una responsabilidad que tenemos desde el Trabajo Social, irrumpir en las lógicas que están instituidas en los espacios de trabajo profesional que naturalizan y profundizan desigualdades históricas, problematizando y apuntando hacia la transformación de las prácticas sociales, repensando las omisiones e interpretaciones hegemónicas.

Como hemos desarrollado se torna clave la categoría de interseccionalidad desde las condiciones de clase, sexo, género, racialización, discapacidad, entre otros organizadores; ya que el cotidiano nos coloca en situación de tener que posicionarnos - desde lo teórico y lo ético- en el proceso de estudio de la realidad y la intervención social, es decir, nos interroga sobre nuestro propio lugar y por el de los sujetos, lugares donde se cruzan privilegios y opresiones. Cabe aclarar que las instituciones dependen de un contexto histórico, político y cultural concreto; por ende, avanzar hacia la interseccionalidad como categoría para el análisis no provee una prescripción estable y repetitiva, sino que se construye como un proceso diverso que dependerá de dicho contexto, de los sujetos en cuestión, de la posición de quien investiga e interviene frente a sus propias relaciones con la desigualdad y los privilegios.

Al mismo tiempo consideramos a la dimensión subjetiva del conocer como un elemento importante en el proceso realizado, al ser nosotras mismas personas, mujeres estudiantes de Trabajo Social implicadas con su práctica de pregrado en un contexto institucional histórico y social determinado, el cual nos desafía a la construcción de alternativas diferentes:

Considerando que nos estamos refiriendo a una intervención que tiene objetivos transformadores, esta dimensión subjetiva del conocer desde la práctica no solo es importante para reflexionar e interpretar, sino sobre todo para comprometerse con la transformación. Esto no solo se refiere a elementos externos, sin embargo, uno mismo se transforma en el proceso. (Barnechea et.al,1994, p.8)

Este es un punto que pone en tensión al propio proceso de sistematización, ya que en ese trabajo somos nosotras mismas que nos vimos confrontadas con nuestras vidas, visiones, valores, representaciones. Esto nos hizo consciente también del grado de implicación alcanzado con la organización intervenida al estar atravesadas nosotras mismas por sus múltiples inscripciones (económicas, políticas, sociales, afectivas, etc.).

Por lo tanto, esta implicación nunca puede dejar de ser ideológica y por ende rompe con toda posición de neutralidad. Al respecto, Kaminsky (1990) dice: “nos metemos con los objetos y los objetos se meten con nosotros, aquí no hay neutralidad” (p.36) ... “Entonces, el Socioanálisis está implicado en su labor. La implicación institucional es el conjunto de relaciones, conscientes o no, del actor y el sistema institucional. Se trata de todo aquello que articula al actor con la institución, es un concepto eminentemente relacional” (p.37).

El conocimiento construido, a partir de esta experiencia, es el insumo que nos da lugar también a fundar otras acciones, intervenciones, donde creemos es metodológica y operativamente fructífero incluir también el concepto de “cercanía óptima”. Concepto proveniente de la Psicología Social que nos hace consciente de que para intervenir se necesita de cercanía y de perspectiva, en última instancia la que nos permite “cuidar” el grado de implicación: “Es preciso acercarse sin temor a perder la perspectiva, involucrarse sin experimentar que la proximidad pone en peligro la tarea a realizar” (Nieto, Mercedes, 2017, p.1).

Con este bagaje y con estos lineamientos nos propusimos diseñar una posible estrategia interventiva con el objetivo de brindar herramientas teórico-prácticas para la construcción de un dispositivo narrativo que posibilite el encuentro entre usuaries y trabajadores de la salud con el fin de problematizar o reflexionar sobre la distribución desigual de tareas de cuidados relacionados a espacios de promoción de salud.

Dispositivos narrativos, al decir de Delgado y otros (2017), es sinónimo de mediar ocasiones de encuentro con relatos, historias donde hallar “...las grietas por dónde meterse para habitar desprejuiciadamente lo ya construido y para construir lo nuevo” (Montes, G, 2002, p.10). además de considerarla como una estrategia altamente intersubjetivante (p.3).

# CAPITULO VII

## Propuesta Interventiva

**Título: Espacio de problematización acerca de la distribución desigual de cuidados y masculinidades hegemónicas. Un repensar de las prácticas cotidianas en Salud.**

### Fundamentación Y Objetivos

Nuestra preocupación por la problemática de las desigualdades en las prácticas de cuidado y la preeminencia de las masculinidades hegemónicas circunscriptas a la realidad institucional demarcada por el Centro de Salud Las Flores Sur, que hemos desarrollado en nuestro trabajo final de grado nos ha llevado a diseñar una estrategia interventiva que aspira a desterritorializar algunas lógicas instituidas que intervienen como líneas de fuerza agenciando los actos en salud como en nosotres mismos impidiendo pensar otros modos de producir el cuidado.

Desterritorializar significa romper con las lógicas instituidas, capitalísticas, biomédicas, procedimiento-centradas, abriéndose a nuevas subjetividades formadas en la estética de la multiplicidad, que interpreta el mundo del trabajo y del cuidado en su forma compleja, con expresión de las singularidades, y en la ética de la diferencia que supone innumerables maneras de significar el trabajo en salud, admitiendo a todas ellas, lo que implica convivencia, acuerdos y un permanente ejercicio de la tolerancia. (Batista, 2016, p. 15)

Al tener conocimiento sobre las dinámicas de trabajo que en ese contexto institucional les trabajadores de la salud despliegan y considerando el enfoque cualitativo que atraviesa nuestra mirada sobre la intervención, que hace foco en lo microsocial como espacio privilegiado para la constante producción dando lugar a lo creativo y a lo instituyente pensamos en la puesta en marcha de una secuencia de encuentros de trabajo de reflexión apuntalados sobre un formato de ateneo sirviéndonos de técnicas

participativas de socialización y de discusión como así también de “dispositivos narrativos” con el objetivo de colectivizar ideas, ordenar supuestos, resumir o sintetizar discusiones y más precisamente ligado a nuestra intencionalidad que tiene que ver con promover una discusión amplia, hacer relaciones e interpretaciones acerca del tema que nos convoca ponderando el trabajo interdisciplinario. Cabe explicitar que la propuesta se inscribe en los lineamientos de la Salud Colectiva,

Dando énfasis a la dimensión social del proceso salud enfermedad-atención, reconociendo la estructura social como causal de la salud y valorando las actividades y prácticas sociales en términos de participación social, autogestión y organización comunitaria como elementos importantes para el logro de una Salud Integral. (Delgado, et.al, 20017, p.1)

Destacando que con el devenir de la pandemia del Covid-19 la institución se mostró inclinada a focalizar lo estrictamente biológico, dejando en un segundo plano esta mirada integral a la que adicionamos también el cuidado.

La estructura de los ateneos como una forma de narrativa se produce en la elucidación del hacer cotidiano y permite una forma de reflexividad que se edifica desde la construcción de relatos basados en diferentes expresiones de la realidad como enunciado de la complejidad de ésta y de las diferentes formas de presentación de las problemáticas actuales. (Carballeda, 2010, p. 12)

Este autor considera que:

En cada ateneo, la agrupación de temas, la forma en que se escogen los ejemplos, la elaboración de argumentos, la utilización de recursos literarios, muestran la construcción de modalidades de registro que aproximan la posibilidad de profundizar las formas de comprensión y explicación de los problemas sobre los cuales se interviene. (Carballeda, 2010, p.13)

En sintonía con esta línea de trabajo, cuando se habla de “dispositivos narrativos” se está haciendo referencia a,

Espacios donde la “narrativa” ya sea en prosa, poética, oral o escrita sea el medio que posibilite el encuentro entre usuarios y trabajadores de salud con el fin de promover la creatividad, la circulación y la apropiación de la palabra, el develamiento y la construcción de nuevos saberes, indispensables a la hora de pensar a la institución de salud habitada por sujetos-ciudadanos. (Delgado, et.al, 2017 p.1).

Al mismo tiempo queremos destacar que las técnicas participativas que se implican en esta propuesta posibilitan al decir de Vargas y Bustillos (1987),

Desarrollar un proceso colectivo de discusión y reflexión, permiten colectivizar el conocimiento individual, enriquecer este y potenciar realmente el conocimiento colectivo...permite una creación colectiva del conocimiento donde todos somos partícipes en su elaboración y, por lo tanto, también de sus implicancias prácticas (pp. 4-5).

### **Modalidad de Ejecución de La Propuesta**

La estrategia interventiva será previamente presentada a la coordinadora del Centro de Salud “Las Flores Sur” para su aprobación formal, respetando los circuitos burocráticos administrativos que toda institución contiene. Manteniendo coherencia con los objetivos de la APS: Prevención, Promoción, Atención y Educación para la Salud

### **Estructura De La Propuesta**

Constará de 3 (tres) Ateneos-Encuentros de 1.30 hora de duración cada uno. Tendrá lugar en las instalaciones del Centro de Salud “Las Flores Sur”, y se llevará a cabo con una frecuencia quincenal los días martes, al evaluarse que es el día de mayor concurrencia de los trabajadores a la institución. A realizarse en horario destinado a “reuniones de equipo”. Cada uno responderá a un eje determinado: 1) presentación del tema e introducción al debate 2) producción de ideas y reflexión 3) producción de

narrativas, socialización y divulgación. Los trabajadores serán informados y convocados a participar con la debida anticipación. Se definirá una técnica adecuada para tal fin.

**Primer Ateneo-Encuentro: Presentación e Introducción Crítica a la Problemática.**

TEMA	OBJETIVO	TECNICA	OBJETIVOS DE LA TECNICA	PROCEDIMIENTO
Desigualdades en las prácticas de cuidado y la preeminencia de las masculinidades hegemónicas	Acercamiento al conocimiento de la problemática detectada	Presentación oral del Trabajo Final Integratorio  Reflexión. Juego de tarjetas y glosario prescripto (VER ANEXO N°1)  Reflexión: Dispositivo narrativo y "lluvia de Ideas"	Comunicar y socializar resultados de la práctica  Poner en común opiniones y conceptos propios  Poner en común las opiniones de los participantes de acuerdo con el disparador utilizado	Narrar la practica generando un clima de introducción al tema con apoyo de refrigerio, mateada, etc.  Cada participante elije un sobre al azar que contiene un concepto relacionado al tema y escribe al dorso lo que le significa. Se socializa lo producido y se lo contrasta con el glosario prescripto relacionado a concepciones abordadas en el TIF  Se trabaja a partir de la poesía de Bertolt Brecht "La excepción

				y la Regla” (VER ANEXO N°2). Se trata de que todos participen y se registra a medida que van surgiendo las opiniones, visiones
--	--	--	--	--

Se finaliza con un debate a partir del interrogante: ¿en qué circunstancias de la cotidianeidad del trabajo las concepciones abordadas se manifiestan y se reproducen? Se otorgará a cada trabajador una hoja y una birome para que se exprese libremente y de manera anónima. Todo lo producido en el ateneo se reúne como documento de registro (tarjetas, lluvia de ideas, respuesta al interrogante) que será utilizado como insumo en el devenir del proceso reflexivo.

### **Segundo Ateneo-Encuentro: Discutiendo y Reflexionando a Problemática.**

TEMA/ PROBLEMA	OBJETIVO	TECNICA	OBJETIVOS DE LA TECNIA	PROCEDIMIENTO
Desigualdades en las prácticas de cuidado y la preeminencia de las masculinidades hegemónicas	Dilucidar el o los significados del enunciado desde una producción propia partiendo de la vivencia o experiencia cotidiana en el trabajo	Dispositivo narrativo y registro	Poner en eje la propia mirada sobre la problemática y los sentidos que de ella se construyen.  Producir un insumo reflexivo en términos colectivo	Se da lectura a: <b>“Situación de Julia”</b> . Narrativa recuperada del proceso de práctica. (VER ANEXO N°3)  Se da lectura: <b>“La cal y la arena”</b> Crónica recuperada del libro

				<p><i>Estos años de gente</i> de Victoria Cano. (VER ANEXO N°4)</p> <p>Se abre el debate sobre lo escuchado, apelando a interrogantes apropiados (VER ANEXO N°5) y dando lugar a la propia narrativa de los trabajadores para expresar sensaciones, malestares, reflexiones, dudas, problematizaciones y se va tomando registro de todo lo que emerja.</p>
--	--	--	--	--

### **Tercer Ateneo-Encuentro: Produciendo la Propia Narrativa Sobre la Problemática.**

#### **Socialización y Divulgación.**

G. Montes plantea que la narración de cualquier historia ofrece la “ocasión” de fabricar otro mundo e instalación de “otro tiempo” en “este tiempo”, constituyéndose así en materia prima para la construcción de sentido, tarea netamente humana. (Delgado, et.al, 2017, p. 3)

TEMA	OBJETIVO	TECNICA	OBJETIVO DE LA TECNICA	PROCEDIMIENTO
Desigualdades en las prácticas de cuidado y la preeminencia de las masculinidades hegemónica	Dilucidar el o los significados del enunciado desde una producción propia partiendo de la vivencia o experiencia cotidiana en el trabajo	Socialización y de divulgación	Materializar las discusiones y las problematizaciones en torno a la sobrecarga (física, emocional, psicológica, mental) que cargan las mujeres en relación a los cuidados vinculados a la práctica de salud	Socialización de lo producido y confección de un cuadernillo institucional que integre lo elaborado en los ateneos y las propias narrativas que deseen incluir los trabajadores como insumo para seguir reflexionando sobre la propia práctica y que pueda ser utilizado y trabajado con los usuarios y otras instituciones del barrio en otros dispositivos de encuentros. Producir otras narrativas y otros cuadernillos como testimonio colectivo de trabajo.

La estrategia se mantendrá flexible a realizar los cambios que sean necesarios o los que imponga el propio ritmo de trabajo en los encuentros, no perdiendo de vista los objetivos propuestos.

### **Finalidad e Intencionalidad de la Propuesta**

Sensibilizar a los trabajadores y a la población del barrio sobre las desigualdades existentes en las prácticas del cuidado que cargan las mujeres ante la preeminencia de las masculinidades hegemónicas revisando la propia práctica del cuidado en salud con el fin de reforzar o restablecer la humanización de los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidado y esbozar estrategias interventivas en pos de desnaturalizar estas desigualdades, atendiendo las subjetividades de los habitantes y de los trabajadores producto de un trabajo de reflexión colectiva, acorde a los objetivos en los que se asienta la lógica de APS.

## Referencias

- Alatorre Rico, J. (2016). Masculinidad y clase. *Topia*.
- Amorós, C. (1995). División sexual del trabajo. En C. Amorós, *10 palabras clave sobre mujer* (págs. 257-296). España: Verbo Divino.
- Baremblytt, G. F. (2005). Capítulo II - Sociedades e instituciones. En G. F. Baremblytt, *Compendio de Análisis Institucional* (págs. 32-43). Ediciones Plaza de Mayo.
- Baremblytt, G. F. (2005). Capítulo IV - El deseo y otros conceptos en el institucionalismo. En G. F. Baremblytt, *Compendio de Análisis Institucional* (págs. 53-81). Ediciones Plaza de Mayo.
- Baremblytt, G. F. (2005). *Compendio de análisis institucional*. Buenos Aires: Madres Plaza de Mayo.
- Barnechea, M. M., Gonzalez, E., & Morgan, M. d. (1994). *La sistematización como producción de conocimiento*. Lima: CEAAL.
- Barrancos, D. (2008). *Mujeres, entre la casa y la plaza*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Batista, F. T. (2016). *Trabajo, producción del cuidado y subjetividades en salud: textos seleccionados*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Benería, L. y. (1992). *La encrucijada de clase y género. Trabajo a Domicilio Industrial, Subcontratación y Dinámica Doméstica en la Ciudad de México*. México: Colegio de México.
- Benet Blasco, M. (2017). *Micropolítica de las prácticas de producción de cuidado en torno a la maternidad*. Tesina doctoral.
- Bialakowsky, A. L., Dominguez, M. I., Flores Palacios, F., Grima, J. M., Montelongo Díaz, L., Orobio, R., . . . Vera, S. (2021). *Cuadernos abiertos de crítica y coproducción: diversas miradas del Covid-19 como obstaculo epistémico*. Buenos Aires: AAS.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bovino, B., & Rubio, R. (2022). Hacia un sistema integrado de Salud en Argentina. La historia del presente del campo de la Salud: devenir y pandemia. *Millcayac*, 198-210.
- Butt Parvez, A., Coffey, C., Harvey, R., Lawson, M., Piaget, K., Sarosi, D., & Thekkudan, J. (2020). *Tiempo para el cuidado. El trabajo del cuidado y la crisis global de desigualdad*. OXFAM Internacional.
- Canervaro, S., & Castilla, M. V. (2021). Masculinidad, intimidad y cuidados: ¿nuevas reconfiguraciones en la pandemia? *Revista Brasileira de Sociologia da Emocao*, 97-113.
- Cano, M. V. (2021). *Estos años de gente (crónicas desde el borde)*. Rosario: Jorge Cadús.
- Carballeda, A. (2015). El territorio como relato. Una aproximación conceptual. *Margen*, 1-6.
- Carballeda, A. J. (2008). Los escenarios de la intervención. Una mirada metodológica. En A. J. Carballeda, *Los cuerpos fragmentados: la intervención social en los escenarios de la exclusión y el desencanto* (págs. 75-94). Buenos Aires: Paidós.

- Carballeda, A. J. (2010). Los ateneos como texto. En *La intervención en lo social narrada desde los ateneos* (págs. 11-18). Buenos Aires: Espacio.
- CEPAL. (2020). *Cuidados y mujeres en tiempos de Covid. La experiencia en Argentina*. Buenos Aires.
- Coffey, C., Revollo, P. E., Harvey, R., Lawson, M., Butt, A. P., Piaget, K., . . . Thekkudan, J. (2020). *Tiempo para el cuidado. El trabajo de cuidados y la crisis global de la desigualdad*. Iguales / OXFAM.
- Connel, R. (2005). *La organización social de la masculinidad*. Biblioteca virtual de Ciencias Sociales.
- Cubillos Almendra, J. (2015). La importancia de la interseccionalidad para la investigación femenina. *Oximora revista internacional de ética y política*, 119-137.
- De Sousa Campos, G. W. (1998). *Equipos matriciales de referencia y apoyo especializado: un ensayo sobre reorganización del trabajo en salud*. Scielo.
- Del Cueto, A. M. (2013). *Grupos, instituciones, y comunidades: coordinación e intervención*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Del Cueto, A. M. (2014). *La salud mental comunitaria. Vivir, pensar, desear*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Delgado, M. d., Marceca, S., Puente, L. A., & Vázquez, A. (2017). Dispositivos narrativos y salud. Una experiencia para compartir . *Margen*, 1-14.
- Faur, E., & Jelin, E. (2013). Cuidado, Género y Bienestar. Una perspectiva de la desigualdad social. *Voces en el Fénix*, 110-116.
- Figari, C. (2011). Conocimiento situado y técnicas amorosas de la ciencia. *Temas de epistemología crítica. Revista de epistemología de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile*, 1-12.
- Gonzalez Villareal, R. (2010). *El taller de Foucault*. México: Horizontes educativos.
- Gonzalez, S., & Martino, S. (2020). *De la política al campo. Del campo a lo político. Investigaciones e intervenciones en el trabajo social*. Rosario: UNR Editora.
- Google, S. (30 de 03 de 2022). *El Sistema de Salud en Argentina*. Obtenido de <https://sites.google.com/site/lasaludcomoderechosocial/el-sistema-de-salud-en-argentina>
- Kaminsky, G. G. (1990). *Dispositivos institucionales. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales*. Buenos Aires: Lugar .
- Lapassade, G. (1974). *Grupos, organizaciones e instituciones*. París: Gedisa.
- Lapassade, G. (1977). Prefacio a la segunda edición francesa. En G. Lapassade, *Grupos, Organizaciones e instituciones* (págs. 15-32). Barcelona: Gedisa .
- Merhy, E. E. (2016). Presentación. En F. T. Batista, *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud* (págs. 11-12). Buenos Aires: Lugar editorial.
- Meschini, P. (2018). *Sistematización de la intervención en Trabajo Social: experiencias y fundamentos para un debate sobre el pensar-hacer en Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

- Nieto, M. (2017). Sobre el concepto de Cercanía óptima. *Margen*, 1-4.
- Robles, C., Macrini, P., & Robledo, S. (2020). Las tareas que son de mujer, ahora las hago yo también. Masculinidades y cuidados en tiempos de pandemia. *Revista digital de Trabajo Social Conciencia Social*, 67-84.
- Robles, C., Rearte, P., Robledo, S., Santoriellio, F., Gonzalez, S., & Yovan, M. (2021). La convivencia entre la masculinidad hegemónica y las nuevas masculinidades ¿es posible el ejercicio de una masculinidad antipatriarcal? *Rihumso*, 1-21.
- Rosario, M. d. ((1997 - 2022)). *rosario.gob.ar*. Obtenido de *rosario.gob.ar*: <https://www.rosario.gob.ar/inicio/secretaria-de-salud-publica>
- Santos, F. (2004). *Mujer y Asistencia. Afinidades electivas*. Rio de Janeiro: UEFG.
- Somocurcio Vilchez, J. G. (2013). La atención primaria de la salud. *Revista Peruana de medicina experimental y salud pública*, 171-172.
- Spataro, M. G. (2008). La noción de territorialidad en la práctica profesional del Trabajo Social. *Margen*.
- Stolkiner, A. (1999). *La interdisciplina: entre la epistemología y la práctica*. Buenos Aires: El campo psi.
- Suria, F. J. (2010). *Lentes de género: lecturas para desarmar el patriarcado*. Caracas: Fundación editorial el perro y la rana.
- Vargas, L., & Bustillos, G. (1987). *Técnicas participativas para la educación popular*. Chile: Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación.
- Vignale, S. (2014). Foucault, actitud crítica y subjetivación. *Cuadernos de Filosofía*, 5-17.
- Yañez, S. S. (2013). *La institución de la maternidad como bastión del heteropatriarcado. Reflexiones situadas y puntos de quiebre*. Mendoza: XIV Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Departamento de Historia de la facultad de filosofía y letras.

# ANEXOS

## Anexo N°1

### **Glosario Prescripto** (A ser utilizado en el primer ateneo-encuentro)

Corresponsabilidad: reparto equilibrado de las tareas domésticas y de cuidados, con el fin de distribuir de manera justa e igualitaria los tiempos de vida de mujeres y hombres.

Equidad de género: la equidad de género permite brindar a las mujeres y a los hombres las mismas oportunidades, condiciones, y formas de trato. Garantizando el acceso a los derechos.

Estereotipos de género: surgen a partir de las creencias o los pensamientos que “etiquetan” las conductas y características asignadas como femeninas y masculinas. Se sustentan en los roles e identidades que socialmente son atribuidas a los hombres y a las mujeres. Los estereotipos son históricamente asumidos como naturales.

Masculinidades hegemónicas: masculinidades que legitiman el patriarcado, garantizando la posición dominante de los hombres la subordinación de las mujeres. Reproduce una situación de desigualdad.

Patriarcado: Se denomina patriarcado al sistema económico, cultural y político que institucionaliza la superioridad de los varones por sobre otros grupos en base a su género o sexo, constituyendo así una estructura que opera como mecanismo de desigualdad y dominación.

Roles de género: están configurados por las funciones y tareas que deben cumplir los hombres y las mujeres en una determinada sociedad de acuerdo al género.

Tareas de cuidados: actividades fundamentales para el sostenimiento de la vida y para la economía, como ser el cuidado de niños, de personas mayores o personas con algún tipo de discapacidad. Incluye además tareas diarias como lavar, cocinar,

limpiar. Históricamente asignadas al ámbito doméstico y por tanto a las mujeres, invisibilizadas y no remuneradas.

## Anexo N°2

**Poesía: “La Excepción y la Regla” de Bertolt Brecht** (A ser utilizada en el primer ateneo-encuentro)

“Desconfíen del gesto más trivial y en apariencia sencillo. Y sobre todo examinen lo habitual. No acepten sin discusión las costumbres heredadas. Ante los hechos cotidianos, no digan "es natural".

Es una época de confusión organizada, de desorden decretado, de arbitrariedad planificada y de humanidad deshumanizada. Nunca digan "es natural". Para que todo pueda ser cambiado, reconozcan la regla como abuso. Y donde aparezca el abuso, pónganle remedio.”

En este encuentro se trabajará mediante la lectura de dos situaciones a las que nos hemos aproximado durante las prácticas profesionales. Para acercarnos a una de las situaciones, leeremos una crónica de la Trabajadora Social María Victoria Cano de su libro “Estos años de gente” y otra será narrada por nosotras.

### Anexo N°3

**Abordaje “Situación de Julia”** (Relato producido en el marco de nuestro proceso de práctica pre-profesional a ser utilizado en el segundo ateneo-encuentro)

Julia tiene 2 hijos, Matías, nacido el 8 de septiembre de 2016 y Lucas nacido 31 de agosto de 2014. Hijos de distinto padre, pero con el mismo apellido debido a que el papa de Matías reconoció a Lucas como su hijo. Lucas no tiene relación con su padre biológico.

Matías nació con el Síndrome de Marshall por ende permaneció mucho tiempo en neo. Es un problema genético que se caracteriza por cataratas, nariz corta y deprimida, puente plano, sordera neurosensorial, aspecto de ojos grandes, labios gruesos, talla corta, miopía, hipoacusia mixta. Debido a esto último es que Matías necesita audífonos. Posee a su vez una fisura en el paladar la cual ya fue operada.

Julia a sus 2 meses del último embarazo tenía conocimiento de los problemas que tenía su bebe y decidido seguir con el mismo. En ese momento vivía en Villa Banana, con el papa de Matías y toda su familia.

Al tiempo de nacido Matías la pareja se separa y ella con sus dos hijos comienza a deambular, hasta que llega al barrio Las Flores por amistades. Es allí donde comienza la intervención desde el Centro de Salud las Flores Sur. A Matías se le empiezan a realizar controles oftalmológicos y fonoaudiológicos, a tramitar el certificado único de discapacidad y sus audífonos. También comenzó a ir a escuela de sordos, empero se trata de un itinerario muy difícil de sostener ya que Julia se encuentra sola y los tramites se tornan burocráticos y lentos.

A su vez, Julia no posee un lugar propio donde vivir. En su momento, cuando se encontraba en Villa Banana con su pareja, dada la situación de salud de Matías y tras una intervención del Servicio Público de la Vivienda se construyó una habitación acorde

a las necesidades del niño. Al irse de allí, Julia reclama dinero correspondiente a esa habitación, pero no lo consigue.

En la actualidad, Lucas decide quedarse a vivir con quien le dio el apellido, pero con la dificultad de que no es llevado a la escuela, tiene 7 años y esta desescolarizado en Villa Banana, conviviendo con su padre y familiares. El niño manifiesta que su madre está muy pendiente a su hermano y no tiene tiempo para jugar con él.

En este último tiempo, las dificultades para intervenir se han acrecentado. Julia no cobra Asignación Universal por Hijo como había manifestado en un primer momento, sino que cobra Salario Familiar, ya que su ex pareja se encontraba trabajando en blanco. Por tanto, cuando se presentan los papeles para tramitar los audífonos, esto se ve obturado debido a que los niños poseen obra social y los circuitos son muy distintos.

Es por lo expuesto que el padre de los niños al ser titular de la obra social debe retomar tramites; desde el Centro de Salud se lo intenta contactar y lo que se obtiene como respuesta es que él no se encuentra más en blanco desde ese momento, por lo que se necesita una nota que certifique que Matías y Lucas no tienen más obra social. Esto posibilitaría continuar con los tramites en el ámbito público y que Julia acceda a la Asignación Universal por Hijo. A la espera...

Actualmente Julia vive con Matías en zona Sur, cerca del centro de Salud Sur, en una casa que le presta una amiga, totalmente desamoblada. Y a Lucas lo ve los fines de semana, cuando puede llegarse hasta Villa Banana.

Irina Di Santo y Martina Ribecca

#### Anexo N°4

Crónica extraída del libro: *Estos años de gente. (Crónicas desde el borde)*.

“Tengo la dicha fiel  
y la dicha perdida:  
La una como rosa,  
la otra como espina”.

Gabriela Mistral.

#### “La cal y la arena”

Y así es la vida: una de cal y otra de arena”. Una frase hartamente escuchada y dicha. Pero nunca entendí eso de la correspondencia entre el beneficio o el perjuicio y la cal o la arena. Serán los albañiles, los encargados de desentrañar semejante duda existencial, seguramente.

Después de varios días lluviosos y húmedos y blandos y grises, pero no solo días, también después de varios años de intentarlo (a sabiendas que fracasaría) llegar a la oficina de Pensiones con Lorena, antes de las 7 de la mañana, con Lorena, que vive en el barrio Las Flores de la ciudad de Rosario, que tiene 7 hijos e hijas, que no sabe ir al centro; ir a Pensiones con Lorena, repito, antes de las 7 de la mañana, era una utopía, una linda expresión de deseo como la que he venido teniendo durante estos años (a sabiendas que en su concreción, fracasaría).

El acuerdo estaba perfectamente estudiado después de que tardó (tardamos) seis meses en conseguir las partidas de nacimiento, la partida de defunción de su beba de dos meses que falleció vaya a saber por qué, los documentos de todos u todas y entender

que el martes antes de las 7 de la mañana tenía que estar en San Lorenzo y que tenía que-ser-antes-de-las-7, porque dan números, porque corremos el riesgo de quedar afuera (como si no hubiese quedado afuera tantas veces).

Lo cierto es que esta Trabajadora Social aquel martes se tomó el colectivo a las 6:30 de la mañana, después de haber mirado al Gauchito Gil y haber hecho una vez más la plegaria, porque llega un tiempo en que se apela a ese recurso, porque alguien tiene que interceder y hacer posible el milagro. La negrura de la mañana de invierno iba disipando mi esperanza. Llegar a Pensiones y encontrarme con una cola de una cuadra que recorrí pormenorizadamente para comprobar que entre todo el que se encontraba allí parado no estaba Lorena, fue un tanto desalentador. Pero una posibilidad, de las más fuertes, de las más creíbles.

Esa necesidad que me caracteriza me llevo a pararme en la cola y observar y escuchar. El llanto de los bebés arrojados, los comentarios del que es novato en el trámite junto al *especializado* en discapacidad después de haber hecho esa cola infinidad de veces, y que siempre falte un papel, un análisis, un estudio, un *algo* que hace que el empleado goce con un:

-Volvé el lunes que viene, cuando lo tengas.

Y mirar el celular a cada rato, ver que pasan los minutos, y ni la cara de Lorena, ni el cuerpo de Lorena, ni las partidas de los hijos de Lorena, aparecen.

Alguien lanza la idea de que "hoy no van a abrir" porque eran las 7:45 y ahí estábamos todos y la cola no avanzaba, y las luces de la oficina de Pensiones seguían apagadas. Un policía comienza a repartir números, pregunta por el trámite que se viene a hacer y entrega un papel rosa, uno más grande, otro más pequeño, según la demanda. Se lleva consigo a las mujeres con niños en brazos, y en este gesto una se abraza a la humanidad que muestra el tipo, aunque de a poco esto se convierta en un pequeñísimo gesto que se va a escribir entre otros maltratos que lo echaran por tierra.

A las 8:15 un tal *Lalo*, que así se va presentando ante los que hacemos fila, recorre la hilera funcionando de filtro:

-Te falta resumen de la Historia Clínica, te falta DNI actualizado, te falta... - y así despejando el horizonte.

-Volvé el lunes cuando lo tengas... - la frase infaltable.

Abandono la cola cuando *Lalo* está por acercarse. Lorena no está, y yo no soy Lorena, otra batalla perdida, y así empiezo a caminar mientras pienso en la próxima oportunidad. Mientras repaso mentalmente a las hermanas de Lorena que puedan acompañarla para la próxima, la próxima.

Casi llegando a la calle Sarmiento una sonrisa me devuelve, me acerca y otra vez a la plegaria, me regenera lo posible.

- ¡El bondi tardo una banda – fue lo único que Lorena pudo decir mientras me da un beso y saca el folio que le di hace unos días con toda la documentación!

Volvemos a la cola. Eran 8:30. *Lalo* nos revisa la papeleta. Cuál examen aprobado quedamos en la cola, por lo tanto, no formaremos parte de los que vuelvan el lunes, Cuándo finalmente llegamos a la puerta donde la gente ingresa de a tandas, un nuevo control nos eleva la adrenalina. Una señora a un lado del escritorio interroga a Lorena, la intimida, la pone nerviosa, le hace preguntas mirando las partidas de nacimiento, le pregunta sobre su domicilio, sobre el padre de sus hijos, no la mira a los ojos, recorre una por una las hojas que Lorena le ha entregado y cuando la situación se vuelve insoportablemente tensa, le salto a la yugular con mi chapa, con este título, con esto que soy. Pero le salto para que sepa que no puede hacer lo que quiere, que Lorena no le podrá responder por muchos motivos, pero Lorena no está sola. Al final, logramos pasar y sentarnos. Aunque ese no es un triunfo, es un paso.

El salón lleno de butacas. Con algunos escritorios al frente. Con un televisor de 14 pulgadas marca Hitachi donde la pantalla muestra los carteles rojos inconfundibles de Crónica TV y la música circense acompaña la postal.

Van por el número 15, tenemos el 49.

Recorro el espacio con la mirada, todas las caras me resultan conocidas, algo que siempre me pasa en lugares como este.

Lorena cabecea y se recuesta contra la pared. Por momentos se duerme, por momentos me cuenta de los chicos, de la guardia del hospital donde paso la noche del viernes porque él bebe se le ahogaba, de que su marido ayer perdió la changa que tenía, de la lluvia que lo moja todo, de la casa que alguna vez va a tener cuando finalmente pueda mudarse. Ya son las 10 de la mañana y yo a las 11 debía estar en el Hospital Roque Sáenz Peña, porque allí me esperaba Hugo, y esa es otra historia.

Lo cierto es que saque una hoja y tratando de hacer la mejor letra comencé una nota con el respetuoso epíteto “ Estimadas colegas...”, donde exponía la situación de Lorena, sintéticamente, a los fines de tocar la sensibilidad de quien la atendiera.

Deje a Lorena, nota en mano, a las 10:30 de la mañana, aún faltaban 2 números y salí corriendo al Hospital.

Allí me esperaba Hugo, y era la primera vez que lo veía sobrio.

Una de cal y otra de arena, pensé.

En esta gran hormigonera cotidiana todavía me sigo preguntando cual es la beneficiosa y cual la perjudicial.

María Victoria Cano, 2021 p.39-42. Editora Vida Urbana

## Anexo N°5

### Repertorio de interrogantes a ser utilizados en el segundo ateneo-encuentro

¿Qué implicancias tiene ser mujer en estos relatos?

¿Crees que el hecho de vivir en el barrio Las Flores se torna un condicionante a la hora de pensar desigualdades que recaen en los cuerpos de las mujeres?

¿Crees que algo debería cambiar? Si es así, ¿Qué estrategias se pueden pensar desde la institución para que las tareas de cuidado no recaigan exclusivamente en las mujeres?

¿Qué otras maneras serían posibles desde nuestra práctica introducir las responsabilidades masculinas?

¿Qué lugar tienen las disidencias de géneros en nuestras prácticas más allá de lo femenino-masculino?

## **Anexo N°6**

**Benet Blasco, Marta. (2017) Tesis Doctoral: “Micropolítica de las prácticas de producción de cuidado en torno a la maternidad”. Pp.163-173**

### **La Producción De Cuidado**

Desde una perspectiva micropolítica, el cuidado se concibe como un acontecimiento micropolítico que se da en los encuentros cotidianos entre trabajadores y trabajadoras de salud y usuarios y usuarias. Sin pretensión de capturar su carácter dinámico y emergente en una definición que lo reifique, a continuación, presento algunos aspectos sobre la producción de cuidado que fueron relevantes para este trabajo, siempre tomado cualquier definición como algo provisorio y cambiante. Producción de cuidado a través del trabajo vivo en acto El cuidado se concibe como una producción subjetiva que se da en función de cómo las personas dan sentido al mundo y a las formas de intervenir en él (Franco y Merhy, 2011). Así, la producción de cuidado se basa en los territorios existenciales de las personas, entendidos estos como referentes éticos y políticos que conforman sus sentidos e identidades. Por lo tanto, el cuidado no se define como un procedimiento o actividad, sino como un modo de hacer singular que se construye en el momento del encuentro y que se crea con el “trabajo vivo en acto” (Franco y Merhy, 2011, 2013). Esta noción elaborada por Merhy (1997) permite explicar la diversidad de maneras de actuar de los diferentes profesionales, aun estando bajo las mismas normas institucionales. Esta idea parte de la concepción del trabajador o trabajadora de salud como actor o actriz protagonista de sus procesos de trabajo, y, por lo tanto, como sujeto que no solo se rige por las normas y los protocolos del servicio o la unidad, sino que también posee unos grados de libertad que puede utilizar en una dirección u otra. De esta manera, en la interacción con el usuario, el o la profesional puede poner en juego su espacio de libertad en la dirección de reproducir las prácticas dominantes de la institución, o bien, producir otra manera de actuar. Así, el trabajo vivo en acto engendra procesos

creativos que pueden dar lugar a múltiples maneras de cuidar. En este sentido, definimos el cuidado como un proceso relacional, en constante producción, que puede generar aperturas y transformar las prácticas existentes. De este modo, la producción de cuidado abre la posibilidad de establecer procesos de acogida de la usuaria y su mundo, más allá de tener o no respuesta para su situación; y buscar alternativas imaginativas que nos permitan respetar y defender la multiplicidad de opciones.

### **Producción de cuidado, relaciones intercesoras y afectación.**

Al poner el acento en el trabajo vivo en acto, aquello que caracteriza el encuentro entre profesional y usuaria no es el espacio físico, sino las relaciones que en este se construyen, pues, en ocasiones, pueden ser productoras de cuidado y, en otras, no. Merhy (2006) señala la construcción de intercesores 28 como un elemento central para la producción de cuidado. Define el encuentro intercesor como un espacio de relación que se construye en el momento de la interacción y en el cual es posible la mutua afectación. Es importante resaltar que, cuando me refiero a una relación en la que hay una afectación mutua, no lo hago desde la noción de afectación emocional en respuesta al sufrimiento de una persona (aunque no niego que pudiera ser así). Me refiero a la noción desarrollada por Spinoza y actualizada por Deleuze (2001) y posteriormente incorporada a las prácticas investigadoras de varios autores del campo de la micropolítica (Rolnik, 2006; Franco y Merhy, 2009, 2011; Passos et al., 2009). Las afecciones se definen como flujos de intensidades que se dan en el encuentro entre las personas y que se materializan en nuestro cuerpo en forma de sensaciones (Rolnik 2006). Intensidades que pueden causar alegría o tristeza, y que pueden aumentar o disminuir respectivamente la potencia de los sujetos para actuar (Spinoza, citado por Deleuze, 2001). Reconocer la afectación como un elemento que permite construir algo nuevo en el encuentro y ubicar la afectación en la base de los procesos de transformación conlleva valorizar el cuerpo como materia de experimentación, de expresión y de producción de conocimiento que

posibilita crear otras formas de ubicarnos, de dar sentido al mundo o de actuar (Cruz, 2016). Esto tiene dos implicaciones importantes: por un lado, no se privilegian los signos lingüísticos en relación con otros regímenes de signos. Es en este sentido un reconocimiento al cuerpo como un espacio físico y simbólico donde se producen conocimientos útiles para el manejo de una situación, y no solo como un sustrato a través del cual se expresan y deben ser controlados los síntomas o signos de una enfermedad. Y, por otro lado, y en relación con lo anteriormente planteado, señala la necesidad de no silenciar u omitir todo aquello que la persona descubre y expresa a través de su cuerpo, porque inhibimos toda esta potencia creativa. En esta línea, Rolnik (2006, p. 28) Para Merhy (2006), el espacio intercesor es aquel que siempre existirá en los encuentros, pero solo en sus encuentros y en acto. Usa el término intercesor –recogiendo algunas cuestiones planteadas por Deleuze– para designar aquello que se genera en las relaciones entre “sujetos”, en el espacio de sus intersecciones, que es un producto que existe para los “dos” en acto y no tiene existencia sin el momento de relación, en la cual los “inter” se colocan como instituyentes en busca de nuevos procesos, tal cual uno en relación al otro explica la relación entre afectación, cuerpo y creación de nuevas formas de expresión de la siguiente manera: “las intensidades que se dan en el encuentro movilizan nuestra capacidad de creación en la medida que nos colocan en crisis y nos imponen la necesidad de crear formas de expresión para las sensaciones intransmisibles por medio de las representaciones de las que disponemos”. Por lo tanto, desde esta aproximación, el campo de lo sensible se ubica en el centro de la producción de conocimiento. Construyendo relaciones vivas con la otra persona Gran parte de las cuestiones anteriormente planteadas para la producción de cuidado llevan implícita una determinada construcción de alteridad. Situarse en la interacción y permitir que la presencia de la otra persona te afecte y te interpele conlleva ubicarse en una posición en la que lo que el otro siente, piensa o expresa es importante. Así, dejarse afectar posibilita

una relación en igualdad de condiciones porque se tensiona la asimetría al interesarnos por la otra persona. Me refiero a un interés genuino que lleve a investir a la otra persona como a alguien de quién se puede aprender. Para ello, tal como plantea Rolnik (2006), es necesario aprehender al otro como un campo de fuerzas que nos moviliza y transforma nuestro modo de actuar en las sucesivas interacciones en las cuales nos involucramos. Esta noción de alteridad lleva a construir relaciones vivas con las otras personas, sin miedo a sumergirse en una relación sin certezas (Gomes y Merhy, 2014) y evitando convertir las diferencias en desigualdades de saber y de poder (Merhy, 2009). Convertir a la otra persona en una presencia viva, tal como explica Rolnik (2006), significa no convertir al otro simplemente en un objeto en el que proyectamos nuestras imágenes preestablecidas.

### **Cuidado, transformación y construcción de nuevos territorios existenciales.**

Ubicarse en el encuentro en situación de afectar y ser afectado implica situarse con una mirada atenta a aquellas señales que se encuentran en el límite entre el sentido y el no sentido; y que se expresan con gestos, actitudes, expresiones verbales o no, insinuaciones y emociones, por ejemplo. Estas señales poco a poco pueden ir dando lugar a impresiones vagas, fragmentos de escenas inconexas, sensaciones corporales o percepciones de incomodidad o tensión. Son sensaciones y percepciones que a veces desorientan y desconciertan, pero que dibujan un campo problemático que nos fuerza a pensar y que moviliza nuestra creatividad para que busquemos maneras de expresar las sensaciones que experimentamos (Rolnik, 2006). Esto nos permite “descubrir” la novedad en el otro y aprender. Un aprendizaje profundo que no se fundamenta en la transmisión de conocimientos, sino que tiene que ver con la creación de otras formas de expresión, invención de nuevas problemáticas sobre la situación, cambios en nuestra mirada sobre el mundo, modificaciones en nuestra posición ante una situación concreta o reflexiones que nos llevan a replantearnos nuestra propia historia. Este aprendizaje nada tiene que

ver con la representación de una realidad, sino con la producción de realidad. Cuando la afectación nos moviliza, nos brinda la posibilidad de hacer otras lecturas de la situación y del entorno, de inventar otras referencias, crear otros modos de relación y de existencia. En este sentido, la afectación, al generar aperturas y transformar nuestra manera de mirar y actuar, puede dar lugar a desterritorializaciones, es decir, a la deconstrucción de territorios existenciales y a la formación de otros nuevos (Franco y Merhy, 2011). Sin embargo, también es posible que este proceso se detenga en algún punto, especialmente cuando ante estas percepciones que nos desubican, desechamos todo aquello que nos parece inconexo e inconsistente y recurrimos a lo que ya sabíamos, por lo que cerramos la posibilidad de cambio y aprendizaje. Entonces, esta efímera desterritorialización se trunca y nos reterritorializamos. El cuidado, por lo tanto, es una oportunidad para protagonizar –y no reproducir– una manera singular de actuar ante una situación concreta. Este carácter instituyente y singular del cuidado nos hace pensar en él como una posibilidad de resistencia a los modos de pensamiento hegemónicos y homogeneizadores que provocan subjetividades seriadas (Guattari y Rolnik 2006). Una resistencia basada en la apertura de espacios para la creación y la exploración de las potencialidades, que agitan y agujerean lo establecido. Implica, por lo tanto, una insistencia permanente en construir relaciones que posibiliten la emergencia de una multiplicidad de formas de existencia (Pla y Pérez-Salanova, 2016). Cuidado y producción de potencia Tal como describió Spinoza, cuando un cuerpo se encuentra con otro cuerpo, tienen la capacidad de afectarse mutuamente y, como resultado de esta afectación, de modificar la potencia para actuar en el mundo (Spinoza, citado por Deleuze, 2001). De manera que las afecciones a veces aumentan nuestra potencia para actuar y otras veces la disminuyen. En el campo de la salud, la producción de cuidado es una oportunidad para construir buenos encuentros que aumenten la potencia de las personas implicadas (Franco y Merhy, 2011). En la interacción entre profesionales y personas usuarias, la

construcción de buenos encuentros que produzcan potencia puede darse de muchas maneras, por ejemplo, puede implicar prescindir de etiquetas diagnósticas y no determinar de antemano lo que una persona puede o no puede hacer, permitir la emergencia de la singularidad, evitar las prácticas de control sobre el cuerpo y sus expresiones, fomentar el autogobierno y dar espacio y elementos para que cada persona pueda producir su propia vida o abrirse a formas de actuar creativas, inventivas y disruptivas con lo establecido. Asimismo, también es importante activar la potencia de los o las profesionales de salud al ubicar la capacidad creativa e inventiva del o la trabajadora en acción en el centro de la producción en salud. Una cuestión fuertemente vinculada al trabajo vivo en acto y a la construcción de redes de relaciones.

**El cuidado como un territorio común donde todas las personas disputan por su capacidad de gobierno:**

Merhy (2006), al describir los actos en salud, distingue dos dimensiones: una centrada en los saberes propios de un campo profesional y otra que denomina dimensión cuidadora. La primera dimensión está muy territorializada en función de la disciplina profesional (médico o médica, enfermero o enfermera, etc.), mientras que la dimensión cuidadora es común a todas las personas implicadas (usuarios y usuarias, personas de su entorno, profesionales de diferentes disciplinas, etc.) y no se sustenta en un saber estructurado. Reconocer la dimensión cuidadora como un espacio común compartido no significa asumir que sea un campo de acción armonioso. Por el contrario, es un espacio en disputa caracterizado por las tensiones y los conflictos propios de las relaciones entre sujetos interesados. Así, todas las personas implicadas (profesional y usuario o usuaria) llegan al encuentro con una serie de necesidades, deseos y expectativas ya elaboradas en el marco de los procesos sociales e históricos, y, por lo tanto, sujetas a la captura por lógicas sociales. Pero el encuentro también abre la posibilidad de que cualquiera de las personas presentes pueda instituir nuevas necesidades de forma singular. Por lo tanto,

el encuentro es un espacio de disputa donde las diferentes necesidades (como fuerzas instituyentes) buscan su institución, y en donde ambos (profesional y usuario o usuaria) buscan capturar al otro en función de sus intereses, deseos y expectativas (Merhy, 2006). Pensar en el encuentro entre profesional y usuario o usuaria en estos términos nos ofrece la posibilidad de mirar el proceso de toma de decisiones y la construcción compartida de proyectos terapéuticos poniendo el foco en la capacidad de gobierno de cada una de las personas implicadas. En este punto es importante señalar que un proyecto terapéutico es también un proyecto político porque expresa una determinada manera de concebir el mundo y las acciones que en él se efectúan. Así, en el encuentro entre profesional y usuario o usuaria se crea una disputa sobre proyectos terapéuticos, o incluso en esta disputa también pueden entrar los proyectos de cualquiera de las otras personas implicadas (otros profesionales, familiares, cuidadores, etc.). La adaptación del triángulo de gobierno de Matus (1992) que propone Merhy (2006) para el estudio del cuidado en salud permite analizar como los diferentes actores y actrices en juego manejan su capacidad de gobierno. Parte de la idea de que tanto profesionales como usuarios son actores que están en situación de gobierno, aunque cada uno de ellos disponga de recursos, estrategias y posiciones de poder diferentes. Para las personas usuarias de los servicios de salud, el proyecto terapéutico estará relacionado con su vida, aunque también incluirá sus expectativas respecto a los servicios de salud y lo que quiere conseguir de ellos. Para los y las profesionales, este proyecto terapéutico estará construido basándose en su rol profesional y su ubicación en la organización, y podrá incorporar también la producción de cuidado como ética que oriente sus acciones, así como la equidad en la distribución de recursos. Por todo lo expuesto, la discusión sobre la toma de decisiones y construcción conjunta de planes terapéuticos en escenarios complejos no debe dirimirse resolviendo quién debe decidir qué. Reconocer la centralidad de la relación profesional-usuaria o usuaria implica centrarse en identificar y poner en

juego aquellas estrategias que faciliten que las personas construyan y ejerzan su capacidad de gobierno desde la interdependencia. Desde la comprensión de que son las relaciones que se construyen con interdependencia, las que permiten mayores grados de autogobierno. Esto implica un distanciamiento con el ideal de sujeto autónomo e independiente que toma sus propias decisiones de forma racional, objetiva y descontextualizada, que es propio de las políticas de subjetivación neoliberales (Rolnik, 2006; Lupton, 2013). De acuerdo con lo planteado, la capacidad de autogobierno puede entenderse como aquello que posibilita que las personas se sitúen en el campo social como actores y actrices con agencia para articular su propia manera de actuar con (no al margen de) las otras personas.

### **La producción de subjetividad en el campo de la salud**

El estudio del cuidado permite abordar la problemática de la producción de subjetividad en el campo de la salud y pensar en procesos de subjetivación en defensa de la vida. Así, la producción de cuidado puede verse como un dispositivo que posibilite abrir espacios de ruptura o disidencia con lo establecido y con las formas de subjetividad dominante (Franco y Merhy, 2009, 2011). La noción de subjetividad trabajada desde la perspectiva micropolítica se nutre en gran medida de las discusiones y problemáticas planteadas por Deleuze, Guattari (1988/2015) y Foucault (1987/2005), entre otros, en torno a las políticas de subjetivación en la actualidad. Estos autores defienden una idea de subjetividad en constante producción y rechazan la idea de una subjetividad tipo recipiente –como algo que debe ser llenado– en la cual se irían colocando cosas esencialmente exteriores que se van interiorizando (Guattari y Rolnik, 2006). Emplean la expresión subjetivación o producción de subjetividad para dar cuenta de este carácter dinámico, es decir, para resaltar la idea que las personas y el mundo están en constante producción. Deleuze y Guattari (1988/2015) sitúan la problemática de la producción de subjetividad como un elemento central del capitalismo actual, pues señalan que este no

se reduce al campo de la plusvalía económica, sino que actúa muy especialmente sobre la producción de subjetividad. Definen el capitalismo en términos de “máquina de producción de subjetividad” que describen en términos de producción industrial y a escala internacional que conduce a una subjetividad seriada, fabricada, modelada, recibida y consumida. Esta subjetividad producida y consumida incide en la manera como percibimos el mundo, nos articulamos en el tejido social, nos implicamos en el trabajo, o incluso en cómo soñamos o fantaseamos. Y, por lo tanto, fabrica la relación de las personas con el mundo y consigo mismas al mismo tiempo que fabrica la relación con la producción, con la naturaleza, con los hechos, con el movimiento, con el cuerpo, con la alimentación, con el pasado, con el futuro, etc. Más aun, al aceptar esta subjetividad fabricada y consumida lo hacemos bajo el supuesto de que es el orden “natural” del mundo y que no puede ser tocado (Guattari y Rolnik, 2006). Guattari y Rolnik sugieren que la subjetividad se produce básicamente en el campo de la producción social y material, pues desplaza al individuo del centro y referente de los procesos de subjetivación. De manera que la subjetividad se fabrica y modela en el registro de lo social, aunque es vivida y asumida por las personas en sus existencias particulares. Una cuestión central aquí es la relación que establecemos con esta: si la consumimos tal cual y nos sometemos a ella en la forma como nos es dada, o bien nos reapropiamos de sus componentes. La idea de reapropiación señala que el consumo y la asimilación de esta subjetividad capitalista no es inmutable, sino que es posible generar puntos de ruptura a través de los procesos de singularización (Guattari y Rolnik, 2006). Los procesos de singularización tienen lugar cuando inventamos otros mundos y construimos otros territorios de vida donde otras relaciones con las personas y otros modos de existencia son posibles. Así, para que los procesos de singularización acontezcan y den lugar a subjetividades disidentes es necesario abrir espacios. Estas rupturas o disidencias constituyen en sí mismas una forma de resistencia política y conforman lo que Guattari y

Rolnik (2006) denominan revolución micropolítica. Una revolución que constituye una forma de resistencia a la seriación y que se articula a partir de los procesos de diferenciación que dan lugar a la emergencia de múltiples formas de existencia. Implica también un rechazo a los modos de codificación preestablecidos por la subjetividad dominante capitalista, que nos permite construir otras sensibilidades, otros modos de relación y otras formas de creatividad y de producción. Estos procesos de singularización se construyen en sintonía con el deseo, ya que este solo puede ser vivido a través de los vectores de diferenciación. Desde una perspectiva micropolítica, el deseo ha de entenderse como la energía propulsora de los procesos de construcción de realidad por parte de los sujetos. Es decir, como la fuerza que impulsa la acción de los sujetos para producir el microcosmos en el cual cada uno está inscrito y actúa micropolíticamente (Franco y Merhy, 2011). En este sentido, el deseo se concibe como la energía que lleva a la invención de la realidad social y aquello que transforma a las personas en protagonistas de los procesos de cambio (Franco y Merhy, 2011). Aunque, tal como explica Rolnik (2006), cuando desmontamos esta subjetividad seriada y creamos nuestros territorios singulares se produce también una cierta fragilidad, lo que nos lleva a producirnos continuamente en esta tensión entre desterritorializarnos y territorializarnos. De aquí que seamos “sujetadores” y “sujetados”, instituyentes e instituidos, sujetos de saberes y acciones que nos permiten actuar protagonizando nuevos procesos y a la vez reproductores de ciertas situaciones ya dadas (Merhy, 2006). El estudio de la producción de cuidado explora el mundo del trabajo con la intención de revelar la producción de vida que las personas y los colectivos crean para sí y en las otras personas. Una producción que solo puede hacerse a través del deseo y los procesos de singularización que agujerean lo instituido. Es también una mirada sensible a cómo los procesos de transformación acontecen y se expresan, con los vectores de fuerza que los impulsan, los modifican u ofrecen resistencia. Una cuestión que cobra relevancia en el campo de

las políticas públicas orientadas a producir transformaciones, tanto si el objeto del cambio es un modelo de atención en salud como si es la reapropiación del espacio público en una ciudad.