



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIA POLÍTICA Y RELACIONES INTERNACIONALES
LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL

Trabajo Integrador Final

**“Repensando lo Masculino: Autocuidado y Trabajo Social, hacia una
Cultura del Cuidado”**

Modalidad de Práctica Disciplinar

Lopez Cecilia - ceci.lopez.cl75@gmail.com

Pertusati Agostina - pertusatipineroagostina@gmail.com

Directora: Yanina Morón - topa00@hotmail.com

Rosario, Octubre 2025

Índice

Agradecimientos.....	4
Introducción.....	5
Capítulo 1	8
Redes de salud y Trabajo Social: desafíos en torno al cuidado.....	8
Introducción	8
La Atención Primaria de la Salud: origen y principios	9
Transformaciones del sistema de salud en América Latina y Argentina.....	10
El modelo de salud en Rosario: un enfoque territorial.....	11
Entre el Modelo Médico Hegemónico y la salud colectiva.....	13
Del derecho a la salud al derecho al cuidado	15
El cuidado en el Trabajo Social: entre la asistencia y la intervención comunitaria	16
Intervención Profesional e interdisciplina	19
Entre salud y género: hacia una mirada situada sobre las masculinidades.....	20
Capítulo 2	23
El género como organizador social: construcción de desigualdades	23
Introducción	23
Masculinidad, género y colonialidad	25
Sujetos de políticas: el varón como ciudadano universal	27
El sesgo de género en las políticas sanitarias.....	29
Masculinidad hegemónica: identidad construida	30
El costo de la masculinidad: salud, (auto)cuidado y silencios.....	33
Masculinidades y salud: una brecha vital.....	35
Capítulo 3.....	38
Práctica Disciplinar	38
Introducción.....	38
La Intervención del Trabajo Social y sus incumbencias.....	38
El sistema patriarcal y las resistencias institucionales.....	40

Propuesta de intervención e incumbencias de la profesión.....	42
Síntesis	49
Reflexiones finales.....	50
Bibliografía	53
Anexos	58

Agradecimientos

A nuestros padres por darnos la oportunidad de estudiar en otra ciudad, apostando por nuestro futuro, y por saber estar en cada momento a pesar de la distancia.

A nuestras amigas por festejar a la par nuestra y ser sostén de todo lo transcurrido.

A Yanina por el tiempo, la paciencia y el acompañamiento.

Al Centro de Salud Mauricio Casal que siempre nos abrió sus puertas, pero sobre todo a Jorgelina que nos acompañó durante el proceso y siempre estuvo a disposición.

A todos los que fueron parte de estos años, que acompañaron y creyeron en nosotras.

Y por último, pero no menos importante, a la universidad pública, especialmente a la Fcpolit por todo el aprendizaje y el crecimiento personal.

Introducción

Este trabajo integrador final (TIF) corresponde a la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales de la Universidad de Rosario. El mismo fue impulsado a partir de nuestro paso por el Centro de Salud Mauricio Casal en el año 2023, ubicado en el Distrito Oeste¹ de la ciudad de Rosario, el cual fue nuestro Centro de Formación Profesional durante el cursado de Intervención Profesional Supervisada II, materia de cursada anual y obligatoria durante el 4to año de la carrera.

Dentro de este espacio fuimos parte de diversos procesos, como el de observación, escucha y participación. Estas instancias, sostenidas a lo largo de un año en el centro de salud, fueron centrales para enriquecer nuestros conocimientos y fortalecer la experiencia adquirida durante la formación como estudiantes.

Sin embargo, fue justamente en el transcurso de esta práctica donde se hizo evidente la situación que marcó el eje de este trabajo, inscripto dentro de la modalidad de práctica disciplinar: la escasa concurrencia de varones al centro de salud. Esto se reflejaba desde las consultas en Trabajo Social (TS) donde eran mujeres las que se acercaban por un varón de su entorno, a repensar en que pasaba en los pasillos de dicha institución que solo se veían sujetos femeninos e infancias. Y es así que a partir de esto determinamos proponer una intervención desde nuestra profesión para trabajar esta situación y poner en agenda una problemática que está siendo invisibilizada dentro de la salud pública.

Para el desarrollo de esta temática realizamos en el primer capítulo una historización del sistema de salud argentino, teniendo en cuenta específicamente la Atención Primaria de la Salud (APS), puesto que allí se inscribe el centro de salud como institución. Además, retomamos la salud colectiva, las estrategias sanitarias y el rol del Trabajo Social dentro de este campo. Otra de las cuestiones importantes que describimos en este apartado es el caso de la ciudad de Rosario, donde el gobierno municipal puso en marcha una red de salud basada en la APS, organizada territorialmente a partir de cada centro de salud.

Dentro del segundo capítulo decidimos retomar como se entrecruzan las masculinidades, el género y las políticas de salud. El “autocuidado” es uno de los conceptos claves dentro de

¹ Zona de la ciudad de Rosario, teniendo en cuenta que sus límites son: al norte Camino Cochabamba, Camino de los Muertos, Camino Pasco, Avenida Circunvalación y Avenida Pellegrini; al este Avenida Francia, Calle Amenábar, Bv. Avellaneda y vías del ex FFCC Belgrano hasta el límite sur del Municipio y, al oeste, el límite del Municipio.

este capítulo, porque es desde allí que pensamos el posterior desarrollo de la propuesta de intervención.

En el tercer y último capítulo, avanzamos en la construcción de la propuesta disciplinar desde el Trabajo Social frente a la problemática de la baja concurrencia de varones adultos al Centro de Salud Mauricio Casal. El objetivo es visibilizarla como un asunto colectivo que requiere respuestas institucionales y territoriales. Para ello, analizamos las incumbencias del Trabajo Social, el modo en que los mandatos patriarcales atraviesan tanto a la comunidad como a los equipos de salud, y presentamos estrategias de intervención que combinan sensibilización hacia los profesionales, articulación intersectorial y producción de conocimiento.

El enfoque de derechos humanos fue una de las bases que elegimos tomar para la escritura de este trabajo, debido a que entendemos que nuestra profesión es defensora de los DDHH en todos sus ámbitos. Además, entendemos que pensar en prácticas desde esta perspectiva instala de alguna manera una visión integral de los problemas sociales. Justamente es la noción de integralidad la que implica reconocer que los derechos son interdependientes, indivisibles y no jerarquizables, es decir que en este caso, el acceso efectivo a la salud no podría garantizarse plenamente sin considerar al mismo tiempo otros derechos vinculados a otras áreas de la vida, como lo son la identidad, la educación y el trabajo, entre otros. Es desde esta idea, que buscamos trascender una respuesta asistencial para convertirla en otro tipo de estrategia más amplia, y así podemos reforzar el compromiso del Trabajo Social desde una concepción que sea inclusiva y transformadora.

Además, es fundamental enmarcar este trabajo desde la perspectiva de género, ya que permite visibilizar desigualdades entre hombres y mujeres que durante mucho tiempo permanecieron ocultas. Esta mirada contribuye a explicar prácticas y comportamientos frecuentes en los varones, como los estereotipos masculinos que desvalorizan o niegan el cuidado de la salud, entre otros. A partir de esto consideramos posible orientar las intervenciones profesionales hacia el cuestionamiento de las estructuras que reproducen, de manera reiterada, la exclusión de muchos, brindando a la práctica profesional un marco ético-político que sustente dichas acciones.

Es entonces que nuestro objetivo general consistió en diseñar una propuesta de intervención que promueva formas alternativas de autocuidado² en varones, incorporando la corresponsabilidad en los cuidados y el acceso a derechos como ejes transformadores. De esta forma, se pretende no solamente dar respuesta a un tema específico, sino también aportar a procesos más amplios de transformación, fortaleciendo el papel del Trabajo Social como agente político en el campo de la salud pública.

Para este trabajo utilizamos un enfoque metodológico cualitativo, caracterizado por priorizar la comprensión profunda de las experiencias, significados y contextos sociales. Optamos por esta metodología porque nos centramos en prácticas reales en las que hemos participado. Como señala De Gialdino (1992), los métodos cualitativos permiten trabajar directamente sobre contextos reales, donde el observador busca comprender los significados que resultan relevantes en esos entornos, participando activamente en ellos.

Dado que dicho trabajo se basa sobre una experiencia desde nuestro paso por el centro de salud como estudiantes, la metodología que decidimos emplear consiste en recopilar datos desde diversas fuentes. En primer lugar fuentes primarias, tal como lo son nuestros cuadernos de campo, los cuales nos posibilitaron poder volver a lo que fue nuestra experiencia real, igualmente la observación, participación y escucha en cada uno de los encuentros que en aquel momento se formalizaban.

Por otro lado, realizamos una investigación documental, que conlleva a un acercamiento indirecto a la realidad mediante el análisis de fuentes secundarias, como documentos escritos o visuales, con el objetivo de obtener información. A través de este procedimiento accedimos a diversos archivos institucionales, a la red de salud pública de Rosario y a páginas digitales, entre otros, lo que nos dio lugar a examinar discursos, experiencias y conocimientos producidos por individuos o instituciones en sus contextos originales.

² “El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son ‘destrezas’ aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece” (Correa, 2016, p.3).

Capítulo 1

Redes de salud y Trabajo Social: desafíos en torno al cuidado

Introducción

Hablar de salud en el marco de Trabajo Social supone reconocerla como un campo complejo, donde se entrelazan aspectos biológicos con las condiciones sociales, culturales, políticas y económicas que atraviesan la vida de las personas. Entre los factores que lo atraviesan, el género se vuelve una dimensión esencial, aunque muchas veces invisibilizada en los análisis sanitarios. Considerar esta dimensión nos conduce a ampliar la mirada sobre la salud, entendiendo que no se trata solo de lo biológico, sino de un entramado social donde operan desigualdades históricas. En este sentido, resulta necesario dejar atrás ideas reduccionistas que conciben a la salud solo como la ausencia de enfermedades, para pasar a comprenderla como un proceso dinámico y colectivo, situado en contextos históricos y sociales concretos.

Esta concepción coincide con la definición de la Organización Mundial de la Salud, pero se profundiza a través del enfoque de la salud colectiva³, que incorpora tanto las determinaciones sociales como la dimensión subjetiva de los procesos vitales. Esta no es solamente un marco teórico, ya que en nuestro proceso de prácticas en el Centro de Salud Mauricio Casal pudimos observar cómo la salud se manifiesta en demandas diversas que trascienden la atención biomédica e involucran vínculos, trayectorias y condiciones de existencia.

Ahora bien, plantear la salud desde este marco implica identificar cómo estas ideas se han traducido en distintos momentos históricos en formas concretas de organización de los sistemas sanitarios. Analizar estas configuraciones en contextos específicos posibilita ver de qué manera se articula el sistema de salud, qué políticas lo orientaron y qué modelos de atención adquirieron centralidad.

Desde este punto de partida, este capítulo recupera los principales desarrollos en torno a la Atención Primaria de la Salud, la salud colectiva, las estrategias sanitarias y el papel del Trabajo Social en este campo, como forma de construir un marco conceptual que nos habilite a luego profundizar en la dimensión de género y en la estrategia interventora. En este

³ Perspectiva crítica que surge en América Latina, se consolida como respuesta a la crisis de la salud pública y como apuesta por un enfoque crítico y colectivo del proceso salud-enfermedad-cuidado.

recorrido, es determinante revisar experiencias concretas de salud integral y participativa, como la de la ciudad de Rosario, que ofrece un ejemplo significativo de implementación sostenida de la Atención Primaria en clave territorial, comunitaria y con fuerte presencia de nuestra profesión.

La Atención Primaria de la Salud: origen y principios.

La Atención Primaria de la Salud (APS) ⁴ constituyó un punto de inflexión en la historia de la salud pública, debido a que propuso una nueva manera de concebir la atención sanitaria. Su emergencia en la década de 1970 estuvo atravesada por tensiones políticas, económicas y sociales que hicieron más visibles las profundas desigualdades en salud, especialmente en los países del llamado “Tercer Mundo”, marcados por la pobreza estructural y la dependencia económica.

En este contexto se desarrolló la Conferencia Internacional sobre APS en Alma-Ata (1978), que lejos de ser un encuentro meramente técnico, fue una apuesta política y ética que redefinió la salud como derecho humano primordial y planteó transformaciones profundas: descentralización, participación activa de las comunidades y equipos de salud multidisciplinarios. Este horizonte cuestionaba la centralidad del hospital y del saber médico hegemónico, proponiendo un modelo con fuerte arraigo territorial.

“La Conferencia reafirma con decisión, que la salud, que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad; es un derecho humano fundamental...” (Alma-Ata, 1978, p.1). A partir de este marco, los equipos de salud debían orientarse con un enfoque preventivo, promocional e intercultural, reconociendo que la salud no se produce exclusivamente dentro del sistema sanitario, sino en las condiciones sociales, económicas y culturales de la vida.

No obstante, el potencial transformador de la APS pronto se vio limitado. Durante la década de 1980, el avance del neoliberalismo y las políticas de ajuste impulsadas por organismos internacionales promovieron la retirada del Estado, consolidando sistemas segmentados y mercantilizados que debilitaron los principios de universalidad y equidad de Alma-Ata.

⁴ Nace como estrategia para reorganizar los servicios de salud, descentralizarlos, fortalecer la prevención y la promoción, y acercarlos a las comunidades. Su apuesta está en cómo organizar el sistema de salud para ampliar el acceso.

Transformaciones del sistema de salud en América Latina y Argentina

Tal como venimos mencionando, en América Latina la década del 80 estuvo marcada por una profunda crisis económica y social que condicionó el desarrollo de la APS. En ese punto, las reformas impulsadas resignificaron la estrategia: de propuesta transformadora pasó a concebirse como un conjunto de intervenciones orientadas a poblaciones vulnerables. Por ende, la APS acabó implementándose en forma de programas focalizados, fragmentados y desvinculados del sistema general, debilitando sus principios originales.

En Argentina, estas transformaciones se expresaron con particular intensidad. Como explica Mario Rovere (2016), el sistema de salud argentino, caracterizado por su fragmentación entre los subsectores público, privado y de seguridad social, se convirtió en un campo de disputa y exclusión, en el que las condiciones de acceso se volvieron crecientemente desiguales. A ello se sumaron las reformas de los años noventa, que profundizaron las brechas mediante políticas de descentralización sin financiamiento, la expansión de las empresas de medicina prepaga y la libre elección de obras sociales. Todo esto acentuó la segmentación del sistema, consolidando un escenario en el que los intereses sectoriales tendieron a prevalecer sobre la construcción de un modelo público y universal.

En este clima, las reformas neoliberales fragmentaron la estructura institucional y redefinieron las prioridades del sistema. La lógica de mercado, promovida por los organismos internacionales y reproducida en el plano nacional, instaló un criterio de eficiencia económica por encima de la equidad sanitaria. Como consecuencia, la organización del sistema comenzó a responder más a las demandas de prestadores privados, aseguradoras y financistas que a las necesidades de las comunidades. Es justamente allí que la APS fue perdiendo centralidad como estrategia de cuidado integral, desplazada a un lugar secundario dentro de un modelo orientado a la rentabilidad y a la focalización.

Así, la APS terminó desnaturalizándose: lo que había sido concebido como una política integral y territorial se transformó en un dispositivo asistencial de baja complejidad, con fuerte impronta médica y escasa capacidad resolutive. Rovere (2016) señala que este debilitamiento no puede entenderse aisladamente, sino como parte de una tensión más amplia que atraviesa la historia del sistema argentino: la disputa entre concebir la salud como un derecho o como una mercancía. La orientación hacia subsidios a la demanda y la apertura al

mercado consolidaron una APS limitada a programas mínimos para poblaciones pobres, en lugar de una estrategia universal de derechos.

Sin embargo, frente a este panorama de fragmentación y mercantilización, es interesante rescatar aquellas experiencias locales que, incluso en contextos adversos, lograron sostener la atención centrada en la comunidad, en la prevención y en la promoción de derechos. Estas prácticas muestran que, pese a las tendencias regresivas, en algunos casos, fue posible sostener sentidos alternativos para la APS y abrir caminos hacia una salud entendida efectivamente como un derecho.

El modelo de salud en Rosario: un enfoque territorial

1. El modelo de salud municipal y su base comunitaria

Aunque el modelo no estuvo exento de tensiones ni de limitaciones propias de todo proceso histórico, logró consolidar una red pública que, en contraste con otros entornos fragmentados, integró atención clínica con acciones de promoción, acompañamiento y cercanía con la vida. Esta construcción hizo que la salud se desplegará como práctica integral, y no restringida a la resolución de problemas médicos.

Lo distintivo de esta experiencia fue que se la concibió desde el inicio bajo la premisa de que la salud es un derecho y un bien público, lo cual la volvió contracultural en los años noventa, cuando predominaban políticas neoliberales. En efecto, Rosario apostó por un modelo que vinculó la salud con la ampliación de ciudadanía, defendiendo la equidad y la universalidad en el acceso.

En este sentido, la experiencia demuestra que, aún con obstáculos, fue posible sostener una lógica diferente: un sistema público accesible, con arraigo territorial y protagonismo ciudadano, capaz de sostenerse incluso en escenarios de crisis.

El modelo de atención sanitaria en Rosario se organizó a partir de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), cuyo eje fue siempre el vínculo con el territorio, entendido como el lugar donde las personas viven, trabajan y desarrollan sus proyectos de vida, y donde también emergen los principales problemas de salud. Su implementación concreta se materializó en los centros de salud barriales, que funcionaron y funcionan como espacios de atención, prevención y promoción. Estos centros no se limitan a resolver demandas

inmediatas, sino que constituyen puntos de referencia y pertenencia para la población. Desde allí se articulan procesos de acompañamiento y cuidado que trascienden lo clínico, incorporando problemáticas vinculadas a hábitat, educación, alimentación o violencias.

Esta dinámica barrial, centrada en los centros de salud, no queda aislada en cada territorio. Por el contrario, constituye el punto de partida de una organización más amplia que conecta experiencias locales con redes institucionales de mayor alcance. De este modo, lo que sucede en cada barrio se integra en un sistema que busca sostener respuestas colectivas y garantizar la continuidad del cuidado. Además, garantiza la referencia y contrarreferencia, y genera vínculos estables con la comunidad asignada. En este entramado, la integralidad se expresa en la práctica diaria: la atención se dirige no solo a la persona, sino también a su entorno familiar y a sus vínculos, propiciando responder a necesidades complejas que no se reducen a enfermedades.

2 El Centro de Salud Mauricio Casal como experiencia situada

En este trabajo nos centraremos en el Centro de Salud Mauricio Casal, espacio donde realizamos nuestras prácticas preprofesionales durante el año 2023. A partir de esta experiencia reconocimos que lo que define a la institución no es tanto su infraestructura ni su organización interna, sino la relación que mantiene con las condiciones sociales y comunitarias de la zona en la que se inserta. En este sentido, más que en los datos históricos, su relevancia se encuentra en la manera en que se fue configurando en diálogo constante con el territorio.

Asimismo, la institución cuenta con un área geográfica definida de responsabilidad e influencia, que abarca a las personas que residen dentro de sus límites. En el caso del Centro de Salud Mauricio Casal, dicho territorio se encuentra delimitado por las calles Rouillón, Avellaneda, Amenábar y Garibaldi, comprendiendo así los barrios Triángulo y Moderno y el asentamiento irregular Vía Honda.

En relación con estas delimitaciones territoriales, un momento importante en la configuración del área fue la conformación del asentamiento Vía Honda durante la década de 1990, que concentró la llegada de familias en situación de alta vulnerabilidad, muchas de ellas provenientes del norte del país. Este asentamiento, junto con otros ubicados a lo largo del trazado del Ferrocarril General Belgrano, impulsó un proceso acelerado de urbanización popular. Entre 2002 y 2007, la población del sector creció un 110%, cifra que evidencia la

magnitud del fenómeno y las condiciones precarias de vida en las que se desarrollaba. Estas transformaciones repercutieron de manera directa en la demanda sanitaria, generando una presión creciente sobre los servicios de salud disponibles en la zona.

Frente a este escenario, el Casal fue consolidándose como un espacio central de atención y acompañamiento. Su relevancia radica en su papel como punto de referencia cotidiana para los barrios anteriormente mencionados, donde las problemáticas sociales y habitacionales se expresan fuertemente. Este contexto es clave para dimensionar las estrategias implementadas y el modo en que la institución busca garantizar el acceso y la integralidad de la atención.

Al mismo tiempo, este centro constituye un referente de cómo la estrategia de Atención Primaria de la Salud se despliega en el territorio. Su práctica incluye más allá de lo médico, sino también la consideración de factores sociales, económicos y subjetivos en el abordaje de la salud. Sin embargo, esta mirada más completa convive con tensiones propias de la institucionalidad sanitaria: en muchos casos persisten prácticas fuertemente ligadas al proceso de enfermedad, y la profesión médica conserva un lugar de superioridad frente a otras disciplinas.

Por consiguiente, la coexistencia de enfoques refleja una contradicción que atraviesa a los centros de salud en Rosario: mientras la APS se plantea como una estrategia transformadora que amplía derechos y promueve la equidad, en la práctica cotidiana encuentra límites marcados por el peso persistente del modelo médico hegemónico. Por ello, es elemental avanzar en una crítica a dicho modelo y recuperar los aportes de la salud colectiva como horizonte superador.

Entre el Modelo Médico Hegemónico y la Salud Colectiva

El modelo médico hegemónico ha predominado en los sistemas de salud modernos. Este se caracteriza por una visión fragmentada del cuerpo humano, centrada en la enfermedad y en una marcada separación entre el profesional de salud y la comunidad. Si bien ha favorecido avances científicos y tecnológicos, paralelamente ha sido objeto de numerosas críticas.

Al hablar de modelo médico hegemónico nos referimos al:

“(…) conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como

subalterno al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad” (Menéndez, 1988:451).

Este modelo se caracteriza por el individualismo, que coloca al sujeto en un rol pasivo y subordinado; la ahistoricidad y asociabilidad, que separan lo biológico de lo social; y el biologismo, que reduce el padecimiento a lo orgánico, sin considerar la historia social de los padecimientos (Menéndez, 2005). Desde esto, se invisibilizan las dimensiones sociales y culturales de la salud, además que se reproducen exclusiones por clase, edad o género, profundizando desigualdades en el acceso, el diagnóstico y el tratamiento. A partir de esto, la escasez de varones como sujetos de cuidado aparece como una de las expresiones más claras de ese sesgo. Este ejemplo evidencia cómo el modelo médico hegemónico invisibiliza desigualdades de género y amplía su influencia a otros aspectos de la vida social. Una de las principales advertencias que se hacen al respecto es la llamada “medicalización de la vida”, es decir, la tendencia a convertir problemas sociales, culturales o personales en cuestiones médicas.

Frente a esto, la Atención Primaria de la Salud (APS) surgió con la intención de contraponerse a esta lógica, buscando ampliar el acceso, descentralizando la atención sanitaria y poniendo énfasis en la prevención y en la participación comunitaria. Empero, en la práctica muchas veces quedó limitada debido al peso del modelo biomédico, lo que redujo su potencial.

Es justamente en este punto donde aparece la perspectiva de la salud colectiva, que si bien recoge varios de los principios de la APS, va más allá: no se limita a ordenar servicios sanitarios, sino que propone un cambio en la forma de pensar la salud y la enfermedad.

Frente a la crisis de la Salud Pública tradicional y la mercantilización de la salud impulsada por el sector privado y la industria farmacéutica, la salud colectiva plantea mirar al sujeto en su totalidad, reconociendo su vida, sus deseos y su experiencia propia. Según Stolkiner y Gómez (2012), este pensamiento médico-social/salud colectiva problematiza desde sus inicios la concepción de salud y, en consecuencia, la de enfermedad, al cuestionar las prácticas médicas dominantes.

Su principal aporte consiste en desplazar del centro el binomio salud-enfermedad para situar en su lugar el proceso de producción y reproducción social, como una dimensión

considerable de dicho binomio. Desde esta concepción, la salud no puede entenderse exclusivamente desde lo anatómico, sino como un fenómeno complejo y multidimensional, atravesado por determinantes sociales. De ahí que, factores como las condiciones de vivienda, el acceso a la educación, el trabajo, la alimentación, el entorno ambiental, las relaciones afectivas y las experiencias de violencia o exclusión influyen directamente en el bienestar de las personas. Así, la salud se configura como un proceso profundamente social, en el que lo colectivo y lo subjetivo adquieren un papel central.

En este marco, consideramos necesario revisar e interpelar críticamente cómo el Trabajo Social se ha ido posicionando frente a este campo. La práctica profesional muchas veces ha estado condicionada por lógicas institucionales medicalizantes que, lejos de habilitar intervenciones desde un enfoque de derechos, han tendido a subsumir la acción profesional en funciones operativas o administrativas (Sánchez, 2015). Como plantea esta autora, la medicalización es más que un fenómeno clínico, ya que es también una forma de desactivar las capacidades de los sujetos, homogeneizarlos y excluir lo subjetivo y lo político de los procesos de atención.

Por esta razón, las limitaciones del modelo médico hegemónico y la persistente medicalización muestran la necesidad de reflexionar sobre salud de manera más integral. Es en este contexto que surge la relevancia del cuidado, entendido como componente principal de la salud colectiva, capaz de articular la protección, la participación y el reconocimiento de los sujetos en los procesos sanitarios.

Del derecho a la salud al derecho al cuidado

Entender la salud desde la perspectiva de la salud colectiva requiere admitir que los procesos de salud, enfermedad y cuidado no son fenómenos individuales, sino realidades atravesadas por la historia, la cultura y la política. En otras palabras, no hablamos únicamente de cuerpos que enferman y se curan, sino de personas que viven, trabajan, se vinculan y atraviesan experiencias en contextos sociales específicos. En este sentido, como afirman Stolkiner y Ardila Gómez, “la conceptualización del proceso salud-enfermedad-cuidado enfatiza la complejidad, la perspectiva de derechos y la referencia a la vida, en contraste con la tendencia a la objetivación/medicalización” (Stolkiner y Gomez, 2012, p.1).

En esta línea, la salud colectiva no se restringe a describir enfermedades ni a aplicar técnicas de control sanitario, sino que incorpora la dimensión del cuidado como constitutiva del

proceso mismo. Esto supone superar visiones dualistas que separan lo individual de lo social o lo biológico de lo subjetivo. Como sostienen las autoras, “no estamos ante un concepto médico o biológico, sino en presencia de un concepto que en lo médico y biológico, es la expresión de una concepción global del mundo” (Vasco Uribe, 1987, como se citó en Stolkiner y Gomez, 2012).

Desde esta mirada, el cuidado no se concibe como un acto auxiliar o secundario, sino como condición para la producción de salud en sentido amplio. Es, al mismo tiempo, práctica concreta y una relación social que involucra vínculos, responsabilidades y formas de sostener la vida que van desde gestos como preparar una comida, escuchar a alguien que atraviesa un dolor o acompañar a una persona a una consulta médica, son gestos que, aunque cotidianos, hacen visible su dimensión estructurante. En relación con ello, como advierten Stolkiner y Ardila Gómez (2012), el desafío es “restituir la dimensión social y subjetiva” en las prácticas de salud, evitando que el cuidado quede reducido a tareas técnicas o domésticas invisibilizadas .

Este lugar constitutivo del cuidado no siempre se distribuye equitativamente: las responsabilidades recaen desigualmente sobre cuerpos históricamente feminizados: mujeres, madres, abuelas, hijas, trabajadoras domésticas, mientras otros, como los varones, han sido colocados en posiciones de distancia o incluso de negación frente al cuidado. Este dato, que retomaremos en el capítulo siguiente, muestra la necesidad de problematizar el valor del cuidado y su desigual organización social.

Ahora bien, si desde la salud colectiva el cuidado se entiende como constitutivo del proceso salud-enfermedad, Fraser (2018) nos conduce a ver que este no es solo un problema clínico o comunitario, sino también estructural de nuestras sociedades. La autora advierte que la economía capitalista depende (aunque podría decirse que se aprovecha sin costo alguno) de actividades de reposición, prestación de cuidados e interacción que producen y sostienen vínculos sociales, aunque no les asigna valor monetario y los tratan como si fuesen gratuitos.

En este aspecto, gran parte de las condiciones necesarias para sostener la vida quedan invisibilizadas en la valoración institucional y profesional, se hace evidente la necesidad de prácticas que recuperen estas dimensiones. Aquí es donde la intervención del Trabajo Social adquiere protagonismo: no solo acompañando demandas, sino actuando sobre los

determinantes sociales, fortaleciendo redes comunitarias y restituyendo derechos, consolidando el cuidado como eje de su accionar profesional en salud.

El cuidado en el Trabajo Social: entre la asistencia y la intervención comunitaria

Las múltiples dimensiones del Trabajo Social en el campo de la salud se hicieron visibles en la práctica desarrollada en el Centro de Salud Mauricio Casal, un espacio atravesado por tensiones históricas y desafíos contemporáneos que interpelan directamente el quehacer profesional. Analizar este escenario permite advertir que el lugar que ha ocupado la disciplina en el sistema sanitario no es lineal ni unívoco, sino que se encuentra atravesado por disputas de sentido. Desde sus orígenes, la profesión ha ocupado una posición ambivalente, tensionada entre un rol subordinado y la búsqueda de reconocimiento de su especificidad.

En efecto, durante mucho tiempo, se la ha reducido a un rol estrictamente asistencial, centrado en la atención de demandas inmediatas, la gestión de recursos puntuales o la resolución de problemáticas individuales. Bajo esta concepción, el Trabajo Social corre el riesgo de quedar subordinado al saber médico y concebido como una práctica subsidiaria de la medicina, confinada a tareas burocráticas, lo que conlleva a una reducción de las potencialidades de la disciplina.

Por otro lado, junto a esa concepción reduccionista, existe una perspectiva integral que reconoce la autonomía profesional y recupera la capacidad de intervenir sobre los determinantes sociales de la salud. Este punto amplía el horizonte, promoviendo la construcción de redes, la organización colectiva y el fortalecimiento de políticas públicas territoriales. Desde este enfoque, la profesión obtiene su verdadero sentido, en tanto se afirma como un actor valioso en la producción de salud colectiva y en la transformación de las condiciones de vida de las comunidades.

Esta dualidad, entre lo asistencial y lo comunitario, constituye una tensión estructural que marca la práctica profesional día a día. En el ámbito asistencial, se espera que el/la trabajadora social "resuelva" situaciones de alta complejidad social en tiempos acotados, muchas veces en soledad institucional y con escasos recursos. Sin embargo, desde una lógica de derechos, el Trabajo Social puede y debe disputar sentidos, proponiendo abordajes integrales que reconozcan a las personas como sujetos de derecho, más allá de su condición de pacientes.

Desde esta última idea, el enfoque de derechos y la intervención territorial adquieren centralidad. La salud entendida como proceso social requiere de este tipo de intervenciones, que rompen con la fragmentación del sistema y promueven la construcción de redes.

Es aquí donde el Trabajo Social revela su enorme potencial en el campo de la salud: busca mejorar las condiciones de acceso y permanencia de la población en los dispositivos sanitarios y fortalecer la construcción de ciudadanía. Esto implica promover la participación activa de las personas, la apropiación de la información, la incidencia en políticas públicas y el fortalecimiento del tejido social como estrategia de cuidado colectivo.

Esta tensión entre lo asistencial y lo comunitario no sólo se expresa en el plano conceptual, sino que adquiere cuerpo en la práctica cotidiana y en las propias dinámicas institucionales. En el Centro de Salud Mauricio Casal, esta dualidad se hace visible en la convivencia entre los límites que impone la institucionalidad, con sus reglamentaciones, su lógica de funcionamiento y su estructura de trabajo propias de la salud pública, y la potencia de las intervenciones que parten de la escucha atenta, el respeto por las trayectorias de vida y la apuesta por lo colectivo. Aunque estas intervenciones se vean condicionadas por factores externos y requieran de otras herramientas para efectivizar transformaciones más profundas, generan cambios significativos en la vida de las personas y las comunidades. En este sentido, que ese otro que se acerca en busca de una respuesta encuentre escucha y acompañamiento convierte al Centro de Salud en un espacio de referencia, capaz de incidir en cómo llega y cómo regresa cada persona a su casa. Frente a un sistema de salud muchas veces expulsivo, burocrático y medicalizante, el Trabajo Social aporta una mirada más integral, crítica y comprometida.

Esta mirada integral lleva a concebir la intervención profesional como parte de un entramado relacional que define cómo los sujetos se vinculan con las instituciones. En este sentido, el aporte de Serge Paugam (2012) es esencial: los vínculos sociales se sostienen en dos dimensiones fundamentales, la protección y el reconocimiento. La primera refiere a contar con recursos y apoyos institucionales; la segunda, a ser valorado, escuchado y legitimado como sujeto. Cuando estas dimensiones no se articulan, se produce un debilitamiento del lazo social, que puede derivar en procesos de desafiliación. Por otra parte, mirar la salud desde esta perspectiva relacional conlleva a entender que el debilitamiento de los vínculos condiciona el modo en que las personas acceden a los servicios sanitarios. Esta lectura ayuda a complejizar la noción de accesibilidad en salud. Siguiendo a Arias y Sierra (2019), acceder

no significa solamente estar habilitado a usar un servicio, sino ser efectivamente recibido en tanto sujeto de derecho. Por eso, el Trabajo Social no se reduce a garantizar protección, sino también a restituir reconocimiento, al alojar las trayectorias, validar las voces y disputar sentidos. En consecuencia, se fortalece una forma de intervención que no es sólo instrumental, sino profundamente política, porque apuesta a recomponer vínculos, reconstruir confianza y ampliar las condiciones para el ejercicio real del derecho a la salud.

Intervención profesional e interdisciplina

Desde el Trabajo Social, se hace evidente que la intervención profesional no debería limitarse a una respuesta inmediata frente a las demandas, sino orientarse hacia procesos que interpelen y disputen las causas estructurales. En este sentido, retomamos a Cazzaniga, quien define la “intervención profesional como la puesta en ‘acto’ de un trabajo o acciones a partir de una demanda en el marco de una especificidad profesional” (2009:1). Si bien esta definición puede aplicarse a cualquier disciplina, entendemos que en el Trabajo Social la intervención implica la puesta en acto de acciones frente a una demanda, sustentadas en una base teórica y dotadas de sentido. Supone, por tanto, una práctica consciente, fundada e intencional, que se construye social y profesionalmente en un momento y lugar determinado. Este espacio no se limita al ámbito institucional, sino que igualmente abarca lo simbólico y lo social. En este sentido, reconocer que hoy habitamos una temporalidad marcada por la urgencia, donde los tiempos se diversifican, permite comprender que la intervención se construye siempre en contextos cambiantes y tensionados. De este modo, toda práctica profesional está atravesada por la historia, el imaginario social, lo institucional y lo político.

Dentro de esta intervención se hace partícipe a otros actores, tanto profesionales o instituciones, como también a los sujetos que están demandando, intentando integrarlos desde el primer momento y reconociendo así, los conflictos y tensiones que allí surgen.

Desde esta lógica, la intervención profesional no se realiza aisladamente, sino que se conforma en un entramado de relaciones que exige el trabajo conjunto con otros saberes y disciplinas. Es aquí donde se vuelve de suma importancia asumir la interdisciplina como una dimensión constitutiva de la práctica de nuestra profesión. En el ámbito de la salud, y especialmente en las instituciones de APS, la interdisciplina logra una relevancia particular, que aborda integralmente las múltiples dimensiones que atraviesan los procesos de salud-enfermedad-cuidado. La articulación entre distintos campos del saber enriquece y

favorece respuestas más complejas y evita intervenciones fragmentadas. Durante nuestra experiencia en el Casal, pudimos observar cómo las demandas que en apariencia eran urgencias médicas, estaban profundamente vinculadas con problemas de vivienda, trabajo o violencia de género, lo que exigía enfocar la intervención desde un abordaje más completo.

Para conceptualizar esto retomamos a Stolkiner, quien plantea que:

“La interdisciplina (...) es una necesidad que se impone frente a la complejidad de los problemas que se presentan. En salud, implica una conceptualización del proceso salud-enfermedad-cuidado que se descentra del tradicional abordaje individual-biológico de la enfermedad, para introducir la dimensión colectiva y subjetiva del fenómeno” (Stolkiner, 2021:233).

Es así que la utilización de la interdisciplina busca romper con las “parcialidades” que impone el positivismo⁵ y buscar “soluciones” alternativas a las demandas complejas que se presentan, debido a que justamente, como plantea Stolkiner (2012), los problemas por sí mismos son interdisciplinarios, por lo cual “encorsetarlos” en una sola disciplina sería obstaculizar la intervención.

Cabe señalar que, estas intervenciones se desarrollan en contextos sociales y culturales que influyen en quién accede a los servicios, cómo lo hace y qué tipo de atención recibe. Entre estas condiciones, el género se configura como un factor primordial que organiza desigualdades y ausencias, en relación con la participación de los varones en los procesos de cuidado y atención sanitaria.

Esto interpela directamente al TS en su desafío de abrir espacios que convoquen a los varones al cuidado y a la salud. Reconocer esta dimensión constituye un aspecto central para que la práctica profesional pueda intervenir de manera efectiva y transformadora.

Entre salud y género: hacia una mirada situada sobre las masculinidades

El recorrido realizado hasta aquí sobre el campo de la salud, la Atención Primaria, la salud colectiva y el papel del Trabajo Social, deja en evidencia que las condiciones de acceso, las

⁵ El positivismo es una corriente filosófica y epistemológica que sostiene que el único conocimiento válido es aquel basado en la observación empírica y la medición objetiva. En el campo de las ciencias sociales, esta perspectiva tiende a reducir la complejidad de los fenómenos a categorías cerradas y fragmentadas, dejando de lado sus dimensiones históricas, culturales y subjetivas.

trayectorias sanitarias y las experiencias de cuidado no se distribuyen homogéneamente entre la población. Las prácticas, creencias y vínculos que se sostienen en los espacios sanitarios no se explican por la disponibilidad de recursos o por la organización institucional: están atravesados por construcciones sociales, entre ellas, el género. En esta línea, Didier Fassin (2022) plantea que la salud se inscribe en una economía moral que establece jerarquías sobre las vidas. Desde esta noción, sostiene que las políticas públicas y las intervenciones estatales distribuyen valoraciones diferenciales sobre los cuerpos, determinando cuáles vidas merecen ser cuidadas y cuáles son desestimadas. Esta idea sirve para entender que el acceso desigual a la salud no es solo un tema de recursos, sino también de decisiones políticas que construyen desigualdades.

Aquí, el género se presenta como una dimensión de esas jerarquías, funcionando como una trama invisible que define quiénes llegan a los dispositivos de salud, cómo llegan, con qué expectativas y qué tipo de respuesta reciben. Esta trama ordena desigualdades, otorga privilegios y produce carencia de personas. Por ejemplo, tal como venimos advirtiendo, en el trabajo cotidiano en el territorio ciertos grupos sociales establecen un contacto fluido y sostenido con los centros de salud, otros como los varones cis⁶ tienden a hacerlo esporádicamente, tardíamente o mediada por terceros. Lejos de ser una elección puramente personal, esta distancia se sostiene en mandatos culturales que definen qué se entiende por fortaleza, autonomía o cuidado, y que determinan qué prácticas son vistas como legítimas para un varón.

En este sentido, abordar la baja presencia masculina a los centros de salud no puede reducirse a un problema de oferta de servicios o de difusión de turnos: exige comprender que el proceso salud-enfermedad-cuidado está profundamente moldeado por relaciones históricas de poder, que operan tanto en el plano simbólico como en el material. Estas relaciones condicionan las decisiones sobre el cuerpo.

Asimismo, el Trabajo Social, al situarse en la intersección entre las políticas públicas, las instituciones y la vida, cuenta con herramientas para identificar y problematizar esta falta de varones. La perspectiva de derechos y el trabajo territorial abren la posibilidad de ver que, detrás de cada consulta que no se realiza, hay un entramado de significados que vincula la masculinidad con la autosuficiencia, el silencio frente al dolor y la distancia frente a lo afectivo y lo colectivo. Este entramado es interesante para diseñar estrategias de intervención

⁶ Hombre cuya identidad de género se corresponde con el sexo que se le asignó al nacer.

que no se limiten a “acercar” a los varones al centro de salud, sino que apunten a convertir las condiciones que sostienen su alejamiento.

Por ello, el siguiente capítulo se adentrará en el análisis del género como organizador social, entendiendo que no se trata de una variable secundaria, sino de un patrón que modela las posibilidades vitales. Se abordará cómo la masculinidad ha sido construida a lo largo de la historia y cómo esa construcción influye en las experiencias de salud, autocuidado y cuidado de otros. Esta concepción permitirá, además, reflexionar sobre el lugar que las políticas públicas han asignado (o negado) a los varones como sujetos de cuidado, y sobre las tensiones y oportunidades que ello plantea para la intervención profesional en el campo de la salud.

En síntesis, el recorrido realizado en este primer capítulo permite comprender que los debates en torno a la Atención Primaria de la Salud, la salud colectiva y el modelo médico hegemónico no son discusiones separadas, sino escenarios donde se definen las alternativas concretas de cuidado. En ese entramado, el Trabajo Social aparece como un actor capaz de disputar sentidos frente a la medicalización y de reposicionar la noción de cuidado como derecho. Empero, estas disputas no alcanzan a ser comprendidas completamente si no incorporamos la dimensión de género como clave de lectura: es allí donde se revelan las ausencias, las desigualdades y los silencios que configuran quién cuida, quién es cuidado y en qué condiciones. De tal manera, el capítulo siguiente retoma estos interrogantes para profundizar en el modo en que las masculinidades, constituyen una construcción social que impacta decisivamente en las trayectorias de salud y en la intervención profesional.

Capítulo 2

El género como organizador social: construcción de desigualdades

Introducción

Este capítulo busca profundizar cómo el género, las masculinidades y las políticas de salud se entrecruzan en la construcción social del cuidado. Para avanzar en este recorrido, al abordar el vínculo entre los varones y el autocuidado dentro del ámbito de la salud, nos resultó indispensable detenernos previamente en el modo en que el género estructura las relaciones sociales.

El género no puede pensarse sólo como un asunto identitario, sino como una categoría relacional y estructural que define normas, jerarquías y distribuciones desiguales de poder. En este sentido, el aporte de Joan Scott (2021) nos permitió comprender que el género constituye una herramienta analítica para el análisis histórico. La autora plantea que “El género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder” (2021:36).

Estas definiciones ponen en evidencia que las diferencias entre los géneros no son simplemente naturales o biológicas, sino producidas socialmente a través de prácticas e instituciones que las reproducen y legitiman. Así, desde edades muy tempranas, se nos asignan parámetros diferenciados que establecen qué comportamientos son esperados o tolerados según el sexo asignado, organizando la vida social desde un esquema binario.

Desde otro enfoque, Judith Butler (2007) propone que el género no es algo que se es, sino algo que se hace: una construcción social que se mantiene en el tiempo a través de la repetición de actos regulados por normas. Según sus palabras “el género siempre es un hacer, aunque no un hacer por parte de un sujeto que se pueda considerar preexistente a la acción” (2007:84). De ahí que, el género se constituye a partir de la repetición de actos, comportamientos y gestos.

Butler plantea que esta construcción no es neutral, sino que está atravesada por exigencias sociales que determinan qué formas de expresión de género son reconocidas como válidas y cuáles no. Esta noción nos propició ver que muchas de las conductas que observamos en los

varones como evitar ir al médico, minimizar el malestar o rechazar el cuidado no son naturales, sino performativas: forman parte de lo que socialmente se espera de “ser varón”.

Además, la autora señala que: “lo que hemos tornado como un rasgo interno de nosotros mismos es algo que anticipamos y producimos a través de ciertos actos corporales, en un extremo, un efecto alucinatorio de gestos naturalizados“ (Butler, 2007:17)

La forma en que se construyen las identidades de género supone entender que existen formas de ser varón y de ser mujer, estructuradas en función de relaciones de poder. Entre estas formas, se impone un modelo dominante de masculinidad que se define en contraposición a lo femenino y a quienes no encajan en esa norma. Este ideal, además de ser inalcanzable para muchos, actúa como un criterio de exclusión que establece desigualdades y limita el acceso a derechos, como la salud y el cuidado.

A partir de estas lecturas, entendemos que el género no puede ser abordado como una cuestión exclusivamente cultural, sino como un mecanismo organizador de las relaciones sociales y de las oportunidades vitales. Esta dimensión se hace evidente en nuestra experiencia en el Centro de Salud, donde observamos cómo la forma en que los varones se relacionan (o no) con el cuidado está fuertemente condicionada por mandatos de género internalizados.

Pues bien, si entendemos el género como un organizador de relaciones sociales, debemos contemplar que su impacto tiene efectos materiales en la vida concreta de las personas. Tal como plantea Balaña (2021):

Lo que necesitamos transformar es la forma en que las personas nos vinculamos según los patrones de género dominantes o hegemónicos, porque eso también incide en la manera de enfermar y de morir. Se trata entonces de pensar la salud como un proceso realmente colectivo, vincular y no individual, pero sin dejar de defender y sostener la soberanía de los cuerpos en un mundo en el que nadie es total ni absolutamente autónomo, dado que somos sujetos situados e interdependientes (p. 9).

En otras palabras, el género no es solo una característica del sujeto que consulta, sino una fuerza que atraviesa los cuerpos, las instituciones sanitarias y los vínculos de cuidado.

Al hablar de inequidad de género en la salud nos referimos a las desigualdades injustas, innecesarias y evitables que existen entre las mujeres y los hombres en lo que concierne al estado de salud, la atención y la participación en el trabajo sanitario. Por ende, el género estructura las experiencias subjetivas con respecto a aquello que genera incomodidad, a su vez que también la forma en que se ofrecen o se niegan respuestas institucionales a esas experiencias.

En este sentido, el binarismo de género y las normas de la masculinidad no solo organizan lo que los varones “deben hacer” para ser reconocidos como tales, sino que igualmente condicionan su forma de habitar el cuerpo. Desde nuestro paso por el Centro de Salud, hemos observado que estos mandatos no se expresan como elecciones personales, como no ir al médico o evitar hablar de ciertos dolores, sino como efectos de un orden social que produce desigualdad. Esta desigualdad no solo aparece en los números o en las tasas de consulta, sino también en los silencios, en la vergüenza al pedir ayuda, en la dificultad para poner en palabras lo que duele.

Trabajar la relación entre género y salud, en tal caso, no implica sumar dos dimensiones separadas, sino reconocer que ambas están profundamente relacionadas: el género moldea las trayectorias sanitarias, los modos de enfermar y los sentidos atribuidos al cuidado. Incluir esta noción nos lleva a desnaturalizar prácticas que muchas veces son leídas como personales (como el desinterés por el autocuidado en los varones), y empezar a interrogarlas como efectos de una construcción social más amplia, que distribuye jerárquicamente el cuidarse y ser cuidado.

Este orden no surgió espontáneamente: se configuró a partir de procesos políticos y culturales que marcaron la organización de las sociedades latinoamericanas. En particular, la colonialidad del poder instaló jerarquías de género, raza y clase que aún hoy atraviesan la forma en que concebimos a los varones, a las mujeres y al cuidado. Para conocer cómo se fue configurando la masculinidad como posición de poder y norma social, es necesario detenernos en el análisis de la colonialidad y el patriarcado como matrices históricas de dominación.

Masculinidad, género y colonialidad

Es el patriarcado el que atraviesa nuestras instituciones, vínculos y subjetividades. Se consolidó como parte del entramado de dominación impuesto por la colonización, que

implicó, además, de la ocupación territorial, la explotación económica y la esclavización de pueblos, la imposición de un orden simbólico. Ese orden clasificó a los cuerpos y a las personas según parámetros contruidos desde Europa, organizando quiénes podían ser considerados plenamente humanos y quiénes quedaban por fuera de esa categoría.

En ese proceso, el género ocupó un lugar central. Sin embargo, en este momento, no se trató de diferenciar a varones de mujeres, sino de definir qué cuerpos eran legibles como tales. Como explica María Lugones (2008), el sistema moderno/colonial de género organizó jerárquicamente el acceso al trabajo, la autoridad, la sexualidad y la subjetividad, articulando simultáneamente las relaciones de género con las de raza y clase. De modo que , los varones europeos, blancos y propietarios fueron ubicados en la cima de la escala social, mientras que otros cuerpos (feminizados, racializados o empobrecidos) fueron relegados a los márgenes.

Durante la colonización, la humanidad fue definida: sólo aquellos considerados “civilizados” eran vistos como verdaderos hombres o mujeres. Los pueblos originarios de América y los africanos esclavizados fueron deshumanizados, siendo reducidos a la categoría de “animales”, estigmatizados como incontrolablemente sexuales y salvajes. Este proceso de deshumanización funcionó como una herramienta para justificar su explotación y subordinación.

Este modelo de organización social no desapareció con el fin de la colonización formal. Por el contrario, sus lógicas se mantuvieron y se adaptaron a través de las instituciones modernas, como la escuela, el sistema de salud, el Estado y el derecho. En este punto, Segato (2010) advierte que incluso cuando el Estado reconoce ciertos derechos, lo hace sin romper con las jerarquías de origen: “entrega aquí con una mano lo que ya retiró con la otra” (p. 5). Es decir, otorga protección o asistencia desde una estructura que previamente debilitó, las cuales garantizaban otros modos de sostén y organización social.

Comprender que el género fue producido en el seno del proyecto colonial moderno contribuye a desnaturalizar las desigualdades que aún persisten. Esta mirada además de que cuestiona la idea de que las diferencias de género son universales o ahistóricas, analiza cómo estas clasificaciones se articulan con otras formas de dominación como la racial, la económica o la cultural. Por ello, la figura del varón blanco, racional y autónomo es el resultado de la expresión de poder que ordenó el mundo de forma excluyente.

La supervivencia de estas ideas coloniales en las instituciones modernas explican, en parte, el sesgo con que se diseñaron las políticas sociales. Si el ideal masculino hegemónico se constituyó como medida de lo humano, no sorprende que las políticas públicas lo hayan tomado como sujeto implícito y universal, mientras que a las mujeres se las convocó sobre todo en su rol de madres y cuidadoras, y a las infancias como dependientes. En este marco, como ya mencionamos, la figura masculina se tomó como la norma universal de lo humano, mientras que lo femenino quedó relegado a un lugar secundario y definido en oposición a esa norma. Este esquema consolidó la asociación del cuidado con las mujeres, manteniendo a los varones distanciados de estas prácticas.

Sujetos de políticas: el varón como ciudadano universal

La construcción histórica de las políticas sociales y sanitarias se sostuvo en la idea de un sujeto universal, abstracto y supuestamente neutro, que en realidad estaba marcado por rasgos muy concretos: varón, blanco, adulto, proveedor y heterosexual. Esta figura, se erigió en el punto de referencia para definir ciudadanía, derechos y necesidades. Lejos de constituir una representación inclusiva, este modelo implicó la exclusión sistemática de quienes no encajaban en ese patrón: mujeres, infancias, personas racializadas y diversidades sexuales.

La noción de “sujeto universal” tiene un anclaje histórico preciso en el pensamiento moderno y en los procesos de colonialidad. En ese marco, el ideal masculino hegemónico no sólo se consolidó como prototipo de humanidad, sino que también funcionó como punto de partida para definir quiénes serían reconocidos como sujetos de derechos. Esta operación simbólica y política instaló una equivalencia entre lo masculino y lo humano, desplazando a todo lo que no respondiera a ese modelo hacia los márgenes de la diferencia. De este modo, lo femenino quedó relegado a un lugar secundario, entendido como complementario y subordinado.

En esta misma línea, Fabbri (2013) señala que la producción moderna de conocimiento se organizó en torno a una forma de conocer androcéntrica y colonial “con una pretensión objetivista que habla desde ningún lugar y desde todas partes” (p.39) ocultando su carácter situado. Esa operación convirtió al varón en “sujeto cognoscente universal”. Además, este lugar de privilegio epistémico se sostiene en lo que el autor denomina *habitus* masculino que constituye “un conjunto de disposiciones duraderas de pensamiento, percepción, sentimiento y acción” que organiza las prácticas y genera “un déficit de empatía” que dificulta reconocer plenamente a los otros como sujetos (Fabbri, 2013, pp. 40-41).

El lenguaje constituye un reflejo privilegiado de esta operación simbólica. Tal como muestra López-Cortés (2021), el sustantivo hombre en español posee dos significados: “varón” y “conjunto de seres humanos”. Sin embargo, para los hablantes nativos, el significado más inmediato y frecuente es el de “varón”. Esta ambigüedad léxica revela un sesgo androcéntrico: lo masculino se presenta como la forma concreta y típica, mientras que la pretendida acepción genérica resulta secundaria. Por eso es que, expresiones como “los derechos del hombre” o “la historia del hombre” no fueron leídas en clave inclusiva, sino que reforzaron la equivalencia entre humanidad y varón.

Esta construcción lingüística y simbólica no es inocua: al presentar lo masculino como representación de lo humano, establece un marco desde el cual se diseñan normas, criterios de acción y políticas públicas. En consecuencia, la naturalización de lo masculino, establece expectativas sobre quién requiere atención y cuidado, y quién es considerado autosuficiente.

Debemos destacar que, esta operación discursiva tiene consecuencias directas en el diseño de políticas, ya que abrió el camino a una mirada androcéntrica en las políticas sanitarias, que situó a las mujeres solamente como madres y a la maternidad como núcleo de la atención estatal.

En este sentido, aunque el varón fue concebido como sujeto universal de derechos y medida de lo humano, esa posición no implicó un reconocimiento de sus propias necesidades de cuidado o de salud. Al ser pensado como autónomo, racional y proveedor, fue excluido de las políticas de cuidado, que quedaron reservadas al ámbito femenino. Esta paradoja, la centralidad simbólica del varón y su ausencia como destinatario de las políticas de cuidado, permite comprender el sesgo de género que ha atravesado históricamente las políticas sanitarias.

Ahora bien, esta exclusión no fue circunstancial, debido a que no es casual que quienes diseñaban y ejecutaban esas políticas fueran mayoritariamente varones, formados en un habitus que naturalizaba su propia experiencia como norma.

En este escenario, la acción estatal en salud reforzó un sesgo maternalista: las mujeres fueron convocadas principalmente en tanto madres-cuidadoras y los niños como dependientes, mientras que los varones quedaban al margen de las prácticas de cuidado, aunque su lugar como ciudadanos plenos nunca fue puesto en discusión .

El sesgo de género en las políticas sanitarias

Tal como veníamos mencionando, la falta de estrategias específicas para varones en las políticas públicas de salud no es algo casual ni reciente. Es el resultado de una historia larga, donde las intervenciones estatales en salud se construyeron desde una concepción profundamente maternalista.

A lo largo del siglo XX, las políticas sanitarias en Argentina estuvieron dirigidas a las mujeres, en tanto madres, y a las infancias, entendidas como su responsabilidad directa. Esta orientación consolidó un modelo en el que el cuidado se asoció casi exclusivamente a lo femenino, en el que los varones quedaron al margen tanto como destinatarios como actores activos del cuidado (Biernat & Ramacciotti, 2008).

Esa forma de organizar las políticas reflejaba preocupaciones sanitarias concretas de la época (como la mortalidad infantil o el cuidado prenatal) y representaciones sociales que vinculan lo femenino con la capacidad de sostener la vida. En ese contexto, los varones eran pensados prioritariamente en su rol productivo, mientras que las mujeres eran convocadas desde su lugar en el ámbito reproductivo y doméstico. Por ello, las políticas de salud se enfocaron principalmente en garantizar la atención de madres e hijos, reforzando una distribución de responsabilidades que hoy merece ser revisada (Pautassi, 2023)

Como muestran Biernat y Ramacciotti (2008), este enfoque se institucionalizó con la creación de organismos como la Dirección de Maternidad e Infancia en 1936, lo que consolidó el binomio madre-hijo como centro de las políticas públicas sanitarias. Esta Dirección impulsó la vigilancia sanitaria del niño desde el nacimiento y la asistencia a la mujer como madre o futura madre, articuló un enfoque higienista y eugenésico que otorgó centralidad a la maternidad como función social y nacional. Entonces, nos parece pertinente preguntarnos: ¿qué efectos tuvo esta concepción a lo largo del tiempo? ¿Cómo impactó en la vida de los varones haber sido históricamente omitidos de las estrategias de promoción del cuidado y de la salud?.

La distancia que muchos varones mantienen frente al cuidado tiene raíces estructurales, sí, pero a su vez se sostiene por decisiones, por prácticas cotidianas, por modos de ejercer la masculinidad que han sido aprendidos y, muchas veces, defendidos. Aunque las políticas públicas históricamente no los hayan convocado de forma clara, eso no los exime de la

responsabilidad de implicarse. La inexistencia de políticas específicas puede explicar parte del problema, pero no lo justifica. No se trata solo de lo que las instituciones ofrecen, sino de lo que cada uno está dispuesto a construir o convertir dentro de los márgenes que existen.

Esa omisión genera consecuencias concretas. Por un lado, los varones acceden en menor medida al sistema de salud, suelen realizar consultas más tardías y presentan resistencias al autocuidado, influenciados por patrones de masculinidad que promueven la autosuficiencia y el ocultamiento de una dolencia. Por otro lado, están poco implicados en el cuidado de otras personas, no necesariamente porque no quieran, sino porque a lo largo de la historia no se los ha formado ni convocado para eso.

Esa forma de organizar las políticas no quedó encerrada en el pasado. Aunque con el tiempo se hayan producido avances en el campo de la salud y en la ampliación de derechos, muchas de esas lógicas que comenzaron a consolidarse en la década de 1930 siguen presentes hoy.

Las políticas orientadas a las familias legitiman y mantienen el modelo hegemónico de la familia nuclear, patriarcal, varón proveedor/mujer cuidadora. Incluso cuando las políticas públicas adoptan perspectiva de género, muchas veces eso se limita a asumir a las mujeres como destinatarias, sin incluir a los varones como parte del problema y de la solución.

Por lo tanto, esta falta histórica de varones en las políticas de cuidado no puede comprenderse sencillamente como el resultado de decisiones institucionales. Paralelamente se explica por las expectativas culturales que han definido como estos deben ser y que han deslegitimado la vulnerabilidad, la expresión emocional y el cuidado. Es decir, las políticas sanitarias reforzaron una representación que ya estaba socialmente instalada, al mismo tiempo que contribuyeron a perpetuarla. Para profundizar en esta relación entre mandatos culturales e instituciones, es necesario detenernos en el concepto de masculinidad hegemónica, que permite analizar cómo se conforman estas expectativas sociales y cuáles son sus efectos en la vida de los varones.

Masculinidad hegemónica: identidad construida

Es en este punto que debemos detenernos en los condicionamientos que estructuran lo que es “ser varón” en nuestra sociedad, donde la masculinidad no se presenta como una experiencia plural y abierta, sino que se organiza alrededor de un modelo normativo que funciona como ideal regulador. Esta construcción, conocida como masculinidad hegemónica, da lugar a

identificar la distancia de los varones frente al cuidado y los costos subjetivos y sociales que conlleva sostener dicho ideal.

Al hablar de masculinidad hegemónica, no lo hacemos simplemente desde un marco teórico o académico. Se trata de una categoría valiosa para realizar un análisis sobre las múltiples formas de violencia, desigualdad y malestar que atraviesan la vida. Desde la lectura de Connell (2003), entendemos que la masculinidad hegemónica no remite a una esencia masculina ni a cómo “son los varones”, sino a una construcción social e histórica que opera como mandato y como estructura de poder. Se trata de un modelo normativo que se impone como ideal y se naturaliza como práctica e identidad de género obligatoria. Configura subjetividades, corporalidades y vínculos, y actúa como una referencia normativa que establece lo que “debería ser” la masculinidad legítima.

En la vida cotidiana, esta norma se traduce en exigencias implícitas: se espera que los varones sean autosuficientes, repriman sus emociones, muestren fuerza física y cumplan con la heterosexualidad como regla. Estas expectativas aparecen naturalizadas en múltiples espacios: la escuela, los clubes, los medios, las familias, las relaciones íntimas. Estas imposiciones funcionan como dispositivos de poder que configuran la subjetividad de los varones y legitiman desigualdades. Se trata de una estructura que beneficia a quienes logran ajustarse a ese ideal, al mismo tiempo que excluye o invisibiliza a quienes no lo hacen.

La inquietud que sienten muchos varones al no encajar con el modelo hegemónico no es solo una vivencia individual: se produce en un entramado colectivo, donde las reglas no siempre se enuncian, pero sí se hacen cumplir. Lo que circula entre varones no es solo complicidad, sino control: una necesidad constante de demostrar que se es “suficientemente hombre” para no quedar fuera. Esa presión se sostiene entre pares, en los chistes, en los silencios, en las miradas que juzgan. En ese esfuerzo por pertenecer, muchos terminan habitando una masculinidad que no les representa, pero que igual reproducen, porque ahí reside el acceso a la legitimidad, al respeto, a la autoridad. Muchas de estas prácticas están tan naturalizadas que ni siquiera se perciben como imposiciones: se experimentan como formas “normales” de ser, lo que refuerza aún más su eficacia.

En esta línea, Elisabeth Badinter (1993) sostiene que, a lo largo de su vida, el varón debe convencerse y convencer a los demás de tres cosas: que no es una mujer, que no es un bebé y que no es homosexual. Por esto, la masculinidad, se construye en una actuación constante que

exige diferenciarse de todo aquello que la cultura patriarcal asocia con lo femenino: la dependencia, la ternura, la vulnerabilidad o la necesidad de cuidado. Este rechazo sistemático, impuesto como ideal de virilidad, tiene un costo subjetivo profundo: al intentar sostener una imagen de fortaleza e invulnerabilidad, muchos varones terminan desconectándose de sus emociones, de su cuerpo y de sus necesidades reales.

Juan Blanco López (2004) plantea que el modelo ideal de masculinidad es tan exigente que muy pocos varones logran cumplirlo por completo. Esa distancia entre lo que se espera y lo que realmente se puede ser genera frustración, molestia o una sensación de no estar a la altura. Pero eso no significa que quienes intentan ajustarse a ese modelo pierdan sus privilegios: al contrario, seguir reproduciendo ese ideal sigue siendo una forma de acceder al poder y a la legitimidad.

Conviene destacar que, entendiendo que los varones también resultan afectados por estas construcciones, es necesario introducir una distinción fundamental. No son sus principales víctimas: han sido y continúan siendo parte activa en la reproducción del patriarcado. Los costos subjetivos que implica sostener la masculinidad hegemónica no pueden equipararse con las violencias sistemáticas que reciben las mujeres y las disidencias. Por eso, aunque es importante considerar el malestar que atraviesa a muchos varones, este no debe confundirse con una posición de opresión. En todo caso, son víctimas de un sistema que también los convierte en victimarios.

Hablarle a un varón sobre la necesidad de “cuidarse a sí mismo” puede, en muchos casos, despertar una sensación de debilidad o vergüenza, por su asociación con lo femenino. La “fortaleza e inmunidad” que impone el deber masculino atenta directamente contra prácticas básicas de autocuidado y de atención a la salud. De este modo, el desarraigo emocional se convierte en signo de prestigio, y cualquier demanda de ayuda es una amenaza a su identidad.

Las mismas normas que les otorgan reconocimiento y privilegio son, a la vez, los que los alejan del registro de sus emociones, de pedir ayuda y de implicarse en el cuidado. Esta tensión abre el análisis hacia otro plano: los costos que la masculinidad impone en términos de salud, autocuidado y vínculos afectivos.

El costo de la masculinidad: salud, (auto)cuidado y silencios

En la cotidianidad, especialmente en los espacios donde se sostiene el cuidado, los vínculos afectivos y las tareas reproductivas, la presencia activa de los varones suele ser esporádica o delegada, como resultado de la masculinidad hegemónica que los alejan del involucramiento afectivo. Las tareas vinculadas al cuidado de sí, de otros, del hogar y de los vínculos continúan siendo mayoritariamente feminizadas, invisibilizadas y desvalorizadas. La masculinidad hegemónica margina estas prácticas, mientras que construye activamente una distancia entre los varones y todo lo asociado al cuidado, como si ocuparse de otros cuerpos o de sí mismo implicará perder hombría. Desde la infancia, los varones aprenden que cuidar es cosa de mujeres, y que quienes se salen de ese guión corren el riesgo de ser ridiculizados o cuestionados.

Esta exclusión de los varones del mundo del cuidado hunde sus raíces en una narrativa histórica que ha buscado presentar esa distribución como natural. Como muestra Rolando Vázquez (2020), incluso las representaciones museológicas han contribuido a construir un ideal masculino asociado a la fuerza, la autonomía y el desinterés por el cuidado. En su análisis sobre una emblemática escena del Museo de Historia Natural de Chicago, donde se representa una “reconstrucción” de un grupo familiar neandertal, se muestra al varón regresando de una cacería con un venado a sus pies, mientras la mujer aparece con un niño en brazos o preparando alimentos. Esta imagen, repetida durante décadas en libros escolares y espacios museísticos, ubica al varón en el rol de proveedor activo y a la mujer en el espacio de la crianza y la domesticidad. Según el autor, “el tipo de humano más antiguo aparece generizado desde el inicio, eternizando de este modo el género” (Vázquez, 2020, p. 181). Estas representaciones fijan una imagen del pasado, a su vez que contribuyen a modelar los ideales actuales de masculinidad: activos, productivos, desvinculados del cuidado. En esa operación simbólica, el patriarcado queda ubicado como origen de la humanidad y el cuidado como algo ajeno al varón.

Este alejamiento restringe sus prácticas y configura una forma particular de habitar la emocionalidad. En muchos espacios, los afectos se siguen viviendo como una amenaza, y no como un derecho. Las emociones que más fácilmente se habilitan son la bronca, la competencia, el orgullo. La ternura, el llanto, el miedo, la fragilidad siguen siendo vistas como ajenas, como peligrosas. Como si no fueran parte de la experiencia humana.

Muchos varones atraviesan la vida desconectados de su propio mundo emocional. Desde pequeños, aprenden a ocultar el dolor, a silenciar el miedo y a contener el llanto, no porque no sientan, sino porque han sido socializados para no expresar lo que duele ni mostrar emociones asociadas a la fragilidad. Esas pequeñas lecciones cotidianas van formando una subjetividad desconectada del registro corporal y emocional, lo que genera acumulación de malestar, que al no encontrar vías adecuadas de expresión, puede convertirse en reacciones de enojo, encierro o actitudes hostiles. En ese proceso, las emociones no expresadas se traducen en síntomas que afectan tanto al propio cuerpo como a los vínculos y al entorno. De ahí que, se reproduce un circuito de malestares que muchas veces permanece invisible, pero que tienen efectos concretos en la vida.

Este tipo de masculinidad construye cuerpos desatendidos, donde lo corporal aparece como un instrumento, como algo que debe rendir, resistir, funcionar. Consultar al sistema de salud se vuelve un acto postergado, casi vergonzante. Como se menciona en Burin y Meler (2009), los varones tienden a buscar atención sanitaria tardíamente, cuando la dolencia ya se volvió imposible de ocultar. Mientras tanto, aguantan. Como si aguantar fuera una virtud. Como si doler en silencio fuera parte de “ser hombre”.

En esta lógica, el cuerpo no se vive como algo que necesita atención, descanso o escucha, sino como un vehículo de productividad y dominio. El dolor se niega o se naturaliza; la fatiga se tapa con esfuerzo. Enfermar o detenerse son experiencias que incomodan porque contradicen el ideal de invulnerabilidad que se impone desde temprano en la socialización masculina.

Esta forma de habitar el cuerpo tiene consecuencias concretas: diagnósticos tardíos, baja adherencia a tratamientos, mayor riesgo en salud mental, negación del sufrimiento psíquico. Las cifras lo reflejan: los varones presentan tasas más altas de mortalidad prematura, consumos problemáticos, accidentes evitables y suicidios. Aun así, siguen siendo menos propensos a buscar ayuda profesional o hablar sobre lo que les pasa. Por esta razón, la masculinidad, cuando se sostiene en la negación del dolor y la autonomía forzada, se convierte en un factor de riesgo.

Pero esta desconexión con el propio cuerpo y el propio malestar no es un fenómeno aislado: se inscribe dentro de un entramado mayor de desvinculación con el cuidado en todas sus formas. La exigencia de autosuficiencia expulsa a los varones de las tareas que sostienen la

vida colectiva, lo que explica su escasa participación en el sostenimiento de la misma: la crianza de hijxs, el cuidado de personas mayores o con discapacidad, la limpieza del hogar, la preparación de alimentos, entre otras. Estas tareas continúan recayendo en manos de mujeres, muchas veces en soledad o sin reconocimiento. Desde los aportes de los estudios de género, se ha logrado visibilizar cómo ciertas cuestiones morales históricas han vinculado el cuidado con las mujeres y con la estructura familiar, reforzando la exclusión masculina de estas tareas y consolidando su lejanía.

Incluso en contextos donde los varones “ayudan”, su participación aparece fragmentada, parcial, excepcional, y muchas veces se festeja esto, como si no fuera parte de su vida, como si ellos tampoco necesitarán cuidados. Como si cuidar fuera un favor, y no una responsabilidad compartida. Como si el cuidado, lejos de ser una dimensión constitutiva de la vida, fuera algo que se puede delegar por completo.

De esta manera, Segato lo sintetiza con precisión: “Hay hombres que para gozar del prestigio masculino frente a sus pares son obligados a hacer lo que no tienen ganas y a veces a no hacer lo que tienen ganas: la primera víctima del mandato de masculinidad es el hombre” (Segato en Robles, Rearte; 2019).

Asimismo, no solo pierden quienes cuidan solas. También pierden ellos: se les roba la posibilidad de vincularse desde otro lugar, más tierno, más ético, más horizontal. En resumen, el costo de la masculinidad se manifiesta en cuerpos enfermos, vínculos quebrados y vidas restringidas.

Masculinidades y salud: una brecha vital

Las reflexiones realizadas a lo largo del presente capítulo se reflejan en los patrones de salud y mortalidad de los varones. Son las estadísticas las que muestran con claridad la magnitud del problema: En la ciudad de Rosario, durante el año 2023 se registraron 9.441 defunciones de residentes, de las cuales 5.057 corresponden a mujeres y 4.384 a varones (Agencia Rosario Digital, 2024, p. 2). A primera vista, los fallecimientos femeninos resultan más numerosos, lo que podría sugerir una mayor vulnerabilidad de las mujeres. Sin embargo, este dato debe analizarse a la luz de la estructura poblacional de la ciudad, donde ellas son mayoría, principalmente en los grupos etarios más avanzados.

Cuando se observa la variable edad, surge un patrón claro: los varones mueren a edades más tempranas, mientras que las mujeres lo hacen en etapas más avanzadas de la vida. La edad promedio de defunción en 2023 fue de 69,5 años para los hombres y 77,5 años para las mujeres, lo que confirma la persistencia de la brecha de género en la esperanza de vida (Agencia Rosario Digital, 2024, p. 2). Esta diferencia se vuelve aún más visible al examinar la distribución de la mortalidad por grupos etarios.

La mayoría de los fallecimientos corresponde a varones en los primeros años de vida y hasta aproximadamente los 79 años. Sin embargo, a partir de los 80 años se produce un quiebre: la población masculina se reduce considerablemente y la proporción de muertes se invierte. En 2023, las mujeres representaron el 65,9% de las defunciones en mayores de 79 años (Agencia Rosario Digital, 2024, p. 9). En otras palabras, mientras los varones exhiben mayor vulnerabilidad en edades intermedias y productivas, las mujeres concentran la mortalidad en edades muy avanzadas. Ahora bien, además de la variable edad, también aparecen particularidades cuando se analiza el territorio.

En el plano territorial, se advierte que esta dinámica adquiere rasgos particulares en el distrito Oeste de Rosario. Mientras que en el conjunto de la ciudad las defunciones femeninas representan el 53,6% del total, en este distrito se da la única excepción: allí la proporción de muertes masculinas (52,1%) supera a la de mujeres (47,9%) (Agencia Rosario Digital, 2024, p. 7). Este dato invita a complementar el análisis con las principales causas de mortalidad.

En cuanto a las causas de muerte, se destacan las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores y las enfermedades respiratorias, que concentran en conjunto más del 50% de las defunciones en Rosario (Agencia Rosario Digital, 2024, p. 5). El impacto de estas patologías, asociadas en gran medida a estilos de vida, determinantes sociales de la salud y condiciones ambientales, suele expresarse más tempranamente en los hombres. Esta diferencia en la manifestación de las enfermedades se refleja en la forma en que varones y mujeres se vinculan con el sistema de salud.

En los datos del centro de salud Mauricio Casal, se observa que los varones son mayoría entre los pacientes adscriptos en las edades más tempranas (0 a 20 años). Sin embargo, con el avance de la edad, la tendencia se invierte y son las mujeres quienes predominan en la adscripción. Algo similar ocurre con el acceso a los servicios: los hombres concentran su mayor nivel de utilización en la infancia y adolescencia, mientras que las mujeres sostienen

un vínculo más continuo y elevado con la atención sanitaria a lo largo de toda la vida. En todas las áreas del centro de salud (enfermería, medicina general, clínica médica, salud mental, odontología y trabajo social) las atenciones femeninas duplican o triplican a las masculinas. En este punto cobra especial relevancia el Trabajo Social, como espacio donde estas desigualdades se hacen visibles con mayor claridad.

Los registros del centro muestran que los varones son los que menos llegan a Trabajo Social: la demanda está feminizada y, cuando se trata de varones, en muchos casos son las mujeres quienes intermedian por ellos (ya sean parejas, madres, hijas o hermanas). Este comportamiento refleja, por un lado, la construcción cultural de la masculinidad, que desalienta a los varones a admitir situaciones de vulnerabilidad; y, por otro, la histórica sobrecarga de cuidados que recae sobre las mujeres, quienes además de atender su propia salud, gestionan la de su entorno. En definitiva, todos estos elementos sintetizan una dinámica compleja de desigualdad de género en salud.

Esta brecha vital no responde solo a factores biológicos: está profundamente marcada por la socialización de género, que expone a los varones a conductas de riesgo y obstaculiza el acceso a recursos de cuidado.

Por ello, involucrar a varones en espacios de formación sobre género y salud no es tarea sencilla: muchos lo perciben como una amenaza a su lugar de privilegio. No obstante, es en ese terreno de incomodidad donde se vuelve posible problematizar la brecha vital y las prácticas que la sostienen, reconociendo que el costo de la masculinidad no se paga sólo en términos simbólicos, sino en años de vida menos y en un acceso más limitado al cuidado.

Capítulo 3

Práctica disciplinar

Introducción

En los capítulos anteriores se analizó el sistema de salud argentino, recuperando la historia de la Atención Primaria de la Salud (APS) y su implementación en el Centro de Salud Mauricio Casal. Posteriormente se exploró la articulación entre género y salud, poniendo énfasis en cómo las concepciones de autocuidado impactan diferenciadamente en las trayectorias sanitarias de la población.

Es sobre esta base, que el presente capítulo se orienta a la construcción de una propuesta disciplinar que permita repensar el trabajo cotidiano en la institución. El eje principal estará puesto en una problemática históricamente invisibilizada: la escasa concurrencia de varones adultos a los centros de salud.

Esta distancia entre los varones y la institución no es un hecho menor ni aislado. Se expresa en prácticas reiteradas: los varones tienden a acudir tardíamente al sistema de salud, en la mayoría de los casos lo hacen frente a situaciones agudas o de urgencia, evitan controles preventivos y priorizan obligaciones laborales por encima del autocuidado. Entendemos que estas conductas, que en ocasiones son interpretadas de manera simplista como “desinterés masculino”, deben comprenderse en cambio como un fenómeno complejo, atravesado por factores sociales, culturales, económicos e institucionales que exceden lo individual.

En este contexto, la propuesta de intervención busca recuperar los aportes del Trabajo Social para visibilizar esta ausencia, buscando de esta manera poder instalarla en la agenda institucional como problema público. Para avanzar en esta dirección, el capítulo se organiza en tres momentos: primero se analizan las particularidades de la intervención profesional y sus incumbencias; luego se profundiza en los condicionamientos patriarcales y las resistencias que atraviesan a los equipos de salud; y finalmente se presentan estrategias de acción orientadas a articular territorio, instituciones y políticas públicas.

La intervención del Trabajo Social y sus incumbencias

Partir de esta cuestión exige situarnos en el propio campo disciplinar. Pensar la intervención desde el Trabajo Social requiere admitir que no se trata de un hacer neutro ni meramente

técnico, sino de una praxis social que articula teoría y práctica para incidir en la transformación de la realidad. Como plantea Carballada (2010), “la intervención implica una serie de acciones, mecanismos, procesos, que construyen representaciones y ‘construcción de ese otro’ sobre el que se interviene” (p. 5). Por esta razón, el TS no aborda únicamente problemas sociales objetivos, sino también el padecimiento que estos generan, configurándose como un campo atravesado por certezas e incertidumbres donde resulta ineludible un compromiso ético.

Desde este punto, asumir la baja concurrencia de varones adultos al centro de salud como un problema colectivo constituye una toma de posición profesional. Supone a la intervención como “un lugar de construcción de nuevas preguntas, un espacio desde donde se construye agenda pública, teniendo en cuenta las dimensiones de lo micro en lo macro social” (Carballada, 2010, p. 6). En otras palabras, no alcanza con acompañar lo que ya está dado: es necesario disputar sentidos acerca de qué situaciones merecen ser consideradas problemas públicos y qué sujetos son reconocidos como portadores de derechos.

Conviene destacar que, este posicionamiento no está exento de tensiones. Tal como advierte Zampani (2008), la dimensión asistencial ha sido constitutiva de la profesión y sigue marcando, en gran medida, la percepción social de su quehacer: “gran parte de la razón de ser de nuestra profesión nos viene dada por el acto asistencial” (p. 81). Esta identificación ubica al Trabajo Social en una posición ambigua: por un lado, legitima su presencia en las instituciones, y por otro, refuerza la idea de que su función se reduce a mediar entre la población y los recursos. Frente a esta tensión, el desafío es diferenciar entre asistencia como dimensión ineludible, indispensable en contextos de desigualdad, y asistencialismo como reducción del ejercicio profesional a la mera gestión. En palabras del autor, se trata de “instalar el problema en el ámbito público estatal y mantener la idea de asistencia como derecho” (Zampani, 2005, p. 82).

Aplicado a la baja concurrencia de varones adultos, sugerimos que la intervención debe ir más allá de acercar al varón al centro de salud o de la mera gestión. Lo que se requiere es interpelar las condiciones estructurales e institucionales que sostienen esta falta. En este punto, las incumbencias del Trabajo Social obtienen un carácter estratégico: producir diagnósticos que sistematicen el fenómeno y lo conviertan en información socialmente relevante; integrar la temática en los equipos de salud para revisar prácticas excluyentes; articular con programas municipales y provinciales para evitar intervenciones aisladas; tender

lazos con el territorio reconociendo a clubes y organizaciones barriales como espacios de socialización y cuidado; y generar conocimiento situado que indague en las representaciones culturales y laborales que explican esta carencia.

Lo innovador de este planteo es entender que cada una de estas incumbencias no constituye una función técnica, sino un escenario de disputa. Diagnosticar no es sólo contar, sino decidir qué vale la pena contar. Instalar en la agenda no es solo informar, sino cuestionar jerarquías institucionales. Articular no es solo coordinar, sino discutir qué políticas son necesarias. Vincular con el territorio no es simplemente “salir a la calle”, sino reconocer cómo allí se reproducen desigualdades de género.

En este marco es pertinente retomar los debates sobre la especificidad profesional. Siguiendo a Montaña (2002), esta especificidad no radica en poseer un objeto exclusivo ni un método cerrado, sino en un posicionamiento particular para analizar y transformar la realidad social, apoyada en la sistematización de la práctica y en un vínculo directo con sectores populares. Lejos de reducirse a funciones asistenciales o a la mera gestión de recursos, el Trabajo Social aporta un saber técnico-operativo flexible, orientado a promover derechos, concientizar, organizar y fortalecer procesos colectivos. Incorporar esta perspectiva en la propuesta presupone entender que la intervención no se restringe a resolver demandas puntuales, sino que busca incidir estructuralmente, articulando acciones con otros campos profesionales sin perder el enfoque propio que caracteriza a la disciplina.

De este modo, la intervención del TS frente a este tema se define por su capacidad de convertir ausencias en presencias, silencios en preguntas y exclusiones en derechos. Así reafirma su especificidad como profesión garante de ciudadanía, capaz de tensionar tanto a las instituciones como a las comunidades, y de situar en la agenda pública aquello que durante mucho tiempo se consideró natural o inevitable.

El sistema patriarcal y las resistencias institucionales

La problemática de la baja concurrencia de varones adultos a los centros de salud se inscribe en un entramado mayor de relaciones sociales y culturales organizadas por el sistema patriarcal, que todavía hoy moldea jerarquías de género y define expectativas diferenciales sobre los cuerpos, los roles y los modos de habitar lo público y lo privado.

El patriarcado, en este sentido, no es una abstracción, sino una trama de prácticas cotidianas que se hacen visibles en el ámbito de la salud: desde la persistencia del paradigma materno-infantil, hasta la idea de que las mujeres son “naturalmente” las responsables de la salud familiar. Estas cuestiones organizan tanto las demandas de la población como las respuestas institucionales, y explican por qué la mayoría de las acciones preventivas y de cuidado están pensadas casi exclusivamente para mujeres y niños.

Ahora bien, como ya mencionamos con anterioridad, las instituciones de salud no son solo receptoras pasivas de estas representaciones sociales, sino que también las reproducen con: horarios de atención poco compatibles con las rutinas laborales masculinas, escasa promoción de espacios que convoquen específicamente a varones, o con la inexistencia de campañas que interpelen sus experiencias, todas estas, constituyen barreras concretas que desalientan su participación. Estas prácticas institucionales, muchas veces sostenidas sin una intencionalidad explícita, contribuyen a reforzar desigualdades de género y a consolidar la idea de que el cuidado no forma parte de la masculinidad.

En este punto es imprescindible contemplar que los propios equipos de salud no están exentos de estas lógicas. Tal como sostiene Carballada (2010), la intervención “involucra un compromiso ético” porque no se actúa sobre problemas abstractos, sino sobre padecimientos concretos que afectan la vida de las personas. Las resistencias institucionales llevan a admitir que, incluso dentro de los equipos, existen representaciones que obstaculizan la construcción de respuestas inclusivas. Se trata de una dificultad que no responde solo a limitaciones de recursos, sino a marcos culturales y simbólicos que condicionan el hacer profesional.

Nuestra profesión, al formar parte de estos equipos, enfrenta el desafío de tensionar estas prácticas, lo que supone problematizar tanto lo que ocurre en la comunidad como lo que sucede dentro de las instituciones, incluidas nuestras propias intervenciones. En otras palabras, el Trabajo Social también puede reproducir lógicas patriarcales si no se interroga críticamente por sus marcos de acción y por los supuestos que sostienen su práctica.

Aquí aparece un punto polémico pero central: ¿qué ocurre cuando las resistencias no provienen sólo de la comunidad, sino también de los propios profesionales?. En muchos casos, los equipos de salud consideran que el alejamiento de varones con la institución no es un problema relevante o que responde a decisiones personales. Este modo de pensar invisibiliza la dimensión estructural del fenómeno y limita las posibilidades de generar

transformaciones. La intervención, entonces, no puede reducirse a acercar a los varones al centro de salud: debe abrir espacios de reflexión dentro de los equipos, interpelar sus prácticas y proponer nuevas formas de concebir el cuidado.

Por esto, el análisis del sistema patriarcal y de las resistencias institucionales no es un apartado complementario, sino un núcleo elemental de la propuesta disciplinar, ya que habilita a la profesión a construir estrategias que tensionen tanto las prácticas comunitarias como las institucionales.

Entender estas resistencias amplía la comprensión del problema y redefinen nuestro papel profesional frente a él. A partir de aquí, se vuelve posible precisar de manera más clara cuáles son las incumbencias específicas que se ponen en juego frente a la baja concurrencia de varones adultos.

Consideramos que hay algo innovador en esta propuesta, que incorpora la temática de las masculinidades como un eje de la agenda institucional. Esto constituye un aporte original al Trabajo Social en salud, porque amplía su especificidad: agrega nuevos problemas públicos, visibilizando sujetos culturalmente ausentes del derecho al cuidado.

Propuesta de intervención e incumbencias de la profesión

La intervención que aquí se plantea tiene como objetivo primordial incorporar la baja concurrencia de varones adultos en la agenda institucional y territorial, para romper con la naturalización de esta ausencia y generar dispositivos sostenidos que vinculen activamente a los varones con la prevención y el cuidado de la salud. Se trata de reconocer esto como un asunto colectivo, que interpela tanto a las instituciones sanitarias como a la comunidad, y que requiere respuestas intersectoriales⁷ capaces de articular lo micro y lo macro social.

El TS, desde su especificidad, asume incumbencias claves en este proceso: no se limita a gestionar recursos ni a “acercar” a los varones al centro de salud, sino que se posiciona como un actor que tensiona prácticas, construye diagnósticos, articula con el territorio y produce conocimiento situado. Cada una de estas incumbencias se redefinen en función de la

⁷ “La intersectorialidad puede entenderse como un modelo de gestión que aborda la relación recíproca entre varios sectores; es el caso de las políticas creadas con una perspectiva temática, como las políticas de lucha contra la pobreza dirigidas a mujeres y jóvenes, con la diversidad étnica, entre otras. Dicha reciprocidad no pretende ser un proceso de intercambio mutuo sino de mutua interacción” (Lisboa y Lolatto, 2013, p. 412)

propuesta de intervención, y están atravesadas por tensiones propias de los debates contemporáneos sobre masculinidad y salud.

Esta observación nos llevó a plantear la necesidad de proponer una alternativa que se distancie de lo habitual, reconociendo la amplitud y riqueza de nuestra formación. Consideramos que es posible incorporar nuevas miradas y ejes de interés que contribuyan a fortalecer y diversificar así el ejercicio profesional.

1. Sensibilización y formación hacia los equipos de salud

Incorporar la problemática en la agenda institucional conlleva, en primer lugar, a convertir las representaciones dentro de los propios equipos de salud. Muchas veces la no concurrencia de varones se explica como “desinterés”, lo que oculta las condiciones estructurales y simbólicas que la sostienen. El TS, en este sentido, tiene la incumbencia de generar instancias de capacitación interna sobre género, salud y masculinidades.

Estas instancias deben interrogar las prácticas institucionales y los supuestos sobre masculinidad que atraviesan a los propios profesionales:

- El mandato de autosuficiencia masculina, que dificulta el reconocimiento de la vulnerabilidad y del derecho al cuidado.
- La idea de que el tiempo de los varones está destinado exclusivamente al trabajo productivo, lo que coloca la salud en un lugar secundario.
- El prejuicio de que los varones no “piden ayuda”, reforzando la creencia de que su omisión es inevitable.

Debatir estas ideas dentro de los equipos es incómodo y puede generar resistencias. Sin embargo, es allí donde se juega la potencia de esta incumbencia: abrir la agenda institucional supone incomodar lo dado y obligar a repensar qué entendemos por cuidado y quiénes son considerados sujetos legítimos de políticas preventivas.

2. Articulación intersectorial y territorial

El segundo eje de la propuesta apunta a construir un puente entre el centro de salud y el territorio, entendiendo que los varones no necesariamente reconocen a la institución sanitaria como un espacio propio. El Trabajo Social, por su ubicación estratégica, tiene la incumbencia

de articular con programas municipales y provinciales, así como con clubes, asociaciones barriales y espacios laborales.

Es preciso considerar que esta articulación plantea tensiones específicas con respecto a la masculinidad. Los espacios donde circulan los varones (cancha, club, puesto de trabajo) están profundamente atravesados por patrones de género: competitividad, fortaleza física, productividad y consumo. Consecuentemente, observamos que en el barrio no existen espacios ni actividades recreativas específicamente pensadas para varones, lo que limita sus momentos de encuentro, socialización y construcción de vínculos saludables por fuera de ámbitos laborales o informales. Este déficit además de que dificulta el acceso a actividades que promuevan el bienestar físico y emocional, contribuye a la baja participación masculina en espacios comunitarios y de promoción de la salud.

El desafío es aprovechar esos territorios como puertas de entrada al diálogo sobre salud, pero evitando reforzar estereotipos. Por ejemplo, organizar actividades deportivas puede funcionar como un dispositivo de acercamiento, pero solo si se resignifica su sentido: no para reforzar la masculinidad hegemónica ligada al rendimiento, sino para abrir un espacio de conversación sobre cuidado, prevención y derechos.

Es por esto que consideramos fundamental generar instancias recreativas que respondan a los intereses de los varones del barrio, fomentando su participación activa y fortaleciendo el sentido de pertenencia. Estas actividades buscan ofrecer un espacio de esparcimiento y promover hábitos saludables, prevenir situaciones de aislamiento y favorecer la construcción de lazos solidarios entre pares.

La incumbencia del TS aquí es doble: por un lado, diseñar dispositivos innovadores que convoquen a los varones desde sus espacios cotidianos; y por otro, problematizar críticamente esos mismos espacios, mostrando cómo allí se reproducen desigualdades de género que impactan en la salud.

Ejemplo de intervención posible: torneo barrial de fútbol

A partir de lo explicitado, presentamos a modo de ejemplo la realización de una actividad deportiva: específicamente un partido de fútbol o a mediano plazo, la organización de un torneo barrial que sostenga esta iniciativa en el tiempo. Creemos que es esencial asumir esta

actividad como garante de derechos para aquellos varones que están muchas veces por fuera de otras propuestas barriales.

Para ser aún más detallistas con el ejemplo, podríamos considerar llevarla a cabo en la cancha de la Vía Honda, dado que esta constituye un espacio de circulación constante de vecinos y vecinas, y que además presenta un potencial importante para ser recuperado y mejorado como ámbito comunitario. Según Rojas Grosso y Rodríguez Pinto (2013), desde la perspectiva crítica del territorio, este no puede entenderse apenas como un espacio físico o geográfico, sino más bien como una construcción social, cultural y política donde confluyen relaciones de poder, identidades colectivas y memorias compartidas.

En este sentido, entendemos que la cancha se conforma como un territorio vivo que concentra experiencias pasadas y presentes y abre futuras transformaciones. Tal como señala la sociología de las ausencias y emergencias de Boaventura de Sousa Santos, retomada por las autoras mencionadas, los territorios no solo muestran lo que existe, sino también aquello que podría ser: espacios capaces de ser resignificados a partir de la participación y la organización comunitaria.

La intervención en este lugar, a través de un torneo de fútbol, no sería meramente deportiva: constituiría una práctica que fortalece la identidad barrial, promueve el sentido de pertenencia y genera una ciudadanía activa. Además, la cancha es un ámbito donde se expresan tensiones y disputas propias del territorio, desde el uso cotidiano hasta la necesidad de inversión pública, pero también es un escenario para la cooperación y el diálogo, donde vecinos y vecinas pueden reconocerse como actores sociales con capacidad de incidir en este entorno que forma parte de su día a día.

Desde el Trabajo Social, pensamos en la importancia de articular esfuerzos entre el centro de salud y otras instituciones del barrio, así como también entre los distintos profesionales de la institución, con el fin de desarrollar una intervención interdisciplinaria e intersectorial.

En este sentido, consideramos que sería relevante poder establecer vínculos con la Secretaría de Deportes y Turismo de la Municipalidad de Rosario, para gestionar mejoras en la cancha (renovación de arcos, acondicionamiento del suelo, demarcación del terreno) y obtener un aval institucional que habilite a organizar un torneo gratuito, con las condiciones necesarias de seguridad y cobertura. Asimismo, proponemos vincular al Polideportivo Delliot, dependiente de la Municipalidad, como alternativa para la continuidad de las actividades

deportivas. Finalmente, contemplamos la participación del Club Social y Deportivo 20 Amigos, sociedad civil que actualmente ya mantiene articulaciones con el centro de salud, para así, acompañar la iniciativa y complementar con sus otras propuestas sociales, culturales y deportivas.

En relación con el torneo, pensamos en realizar una encuesta como preinscripción al mismo, formulada en base a ciertos puntos que releven datos importantes sobre estos varones y desde allí conformar una base de datos del centro de salud, que luego sea insumo para trabajar en políticas sanitarias a futuro.

Las variables propuestas incluyen:

- Edad
- DNI físico vigente
- Domicilio estable (barrio o zona en la que reside)
- Nivel educativo alcanzado
- Situación laboral actual
- Convivencia (¿con quién vive?)
- Hijos/as (cantidad)
- Lugar habitual de atención médica
- Última vez que acudió a un control médico
- ¿Con qué frecuencia concurre al centro de salud? En caso de asistir con poca frecuencia o no hacerlo, ¿a qué motivos lo atribuye?
- Consumo de tabaco, alcohol o drogas (frecuencia)
- Acceso a programas sociales o subsidios
- Estado de salud general autopercebido
- Opinión sobre la necesidad de realizar controles aún sintiéndose bien.

La elección de estas preguntas se fundamenta en la necesidad de construir una base de datos integral que caracterice a la población objetivo y comprender los determinantes sociales y culturales que inciden en su relación con el sistema de salud. Incluir la edad en rangos facilita segmentar el análisis por etapa vital y contemplar posibles diferencias en hábitos o barreras según el ciclo de vida. La consulta sobre DNI físico vigente, domicilio estable y zona de residencia hace posible identificar situaciones de vulnerabilidad administrativa o territorial que impactan en el acceso a derechos y en la continuidad de cuidados. Las preguntas referidas al nivel educativo y situación laboral aportan indicadores para detectar desigualdades estructurales y orientar políticas públicas desde un enfoque territorial y socioeconómico.

Indagar acerca de la convivencia con otros y si tiene hijos contribuye a identificar redes de apoyo y dinámicas familiares relevantes para el acompañamiento en salud, además de vincular la propuesta con la perspectiva de paternidades y masculinidades. Examinar sobre el lugar habitual de atención médica, la última vez que acudió a un control y las barreras percibidas posibilita dimensionar la distancia entre la oferta institucional y las necesidades reales, así como ajustar la organización de turnos, derivaciones y horarios.

La exploración sobre el consumo de tabaco, alcohol o drogas aporta información preventiva sobre factores de riesgo relevantes en varones adultos, mientras que la consulta sobre el acceso a programas sociales o subsidios visibiliza otras políticas estatales que podrían articularse con el centro de salud. Finalmente, el relevamiento del estado de salud autopercebido y la opinión respecto a la necesidad de realizar controles aún sintiéndose bien es indispensable para repensar las percepciones culturales sobre el autocuidado y ajustar mensajes de promoción sanitaria.

En conjunto, este ejemplo de intervención brinda la posibilidad de conocer el perfil de la población masculina y, a su vez, producir evidencia útil para la gestión institucional, reforzando el papel de la profesión en la planificación y evaluación de estrategias innovadoras dentro de la salud pública.

Esta línea de intervención se vincula con políticas públicas ya vigentes que promueven la salud colectiva y la perspectiva de género, pero introduce una novedad: reconocer a los varones adultos como sujetos de derecho al cuidado. De este modo, la propuesta no queda

reducida a una acción comunitaria aislada, sino que se articula con el paradigma de la APS y con programas municipales de promoción de la salud, ampliando su alcance y legitimidad.

3. Producción de conocimiento y sistematización de la experiencia

Finalmente, añadir esta problemática en la agenda requiere de un insumo indispensable: evidencia que legitime el tema frente a las instituciones y las políticas públicas. El Trabajo Social tiene la incumbencia de producir diagnósticos y sistematizar experiencias que muestren con claridad las condiciones que sostienen la inasistencia de las masculinidades.

No obstante, este eje abre ciertas preguntas polémicas: ¿qué datos producimos y para qué? ¿Estamos preparados para registrar aspectos de la experiencia masculina que suelen quedar por fuera de las encuestas clásicas (como la percepción del cuerpo, el consumo de sustancias o la relación con el trabajo)? ¿Cómo evitamos que los varones queden reducidos a estadísticas de “riesgo” sin atender a sus trayectorias vitales y contextos de desigualdad?

El desafío, entonces, no es solo generar números, sino construir narrativas que visibilicen esta falta como un problema público y que muestren cómo está anclada en imposiciones de masculinidad que promueven el descuido, la negación de la enfermedad y la sobrevaloración del rol productivo.

4. Viabilidad y proyección institucional.

La implementación de esta propuesta no requiere grandes recursos materiales, sino una reorganización de prioridades y un compromiso institucional que habilite tiempos y espacios para la reflexión. La factibilidad se apoya en tres puntos:

- Infraestructura existente: se utilizan los espacios ya consolidados del centro de salud (reuniones de equipo, talleres, territorios comunitarios) para integrar la temática sin generar sobrecarga de tareas.
- Articulación institucional: la propuesta se vincula con programas municipales y provinciales en curso, lo que facilita gestionar apoyos sin duplicar esfuerzos.
- Gradualidad: las estrategias pueden implementarse progresivamente —formación interna, actividades piloto en el barrio, producción de datos iniciales—, evaluando avances y resistencias en cada una de las etapas.

Síntesis

Con esta propuesta de intervención, buscamos integrar la ausencia de varones en la agenda institucional y territorial, articulando estrategias hacia adentro de los equipos, hacia afuera en el territorio y hacia arriba en la política pública. El Trabajo Social, desde sus incumbencias específicas, tiene un papel estratégico: formar e interpelar a los equipos, articular con la comunidad desde una mirada crítica y producir conocimiento situado que legitime la problemática.

Esta no es una propuesta “neutral”: los mandatos de masculinidad son un obstáculo concreto para el derecho a la salud, y que los equipos (incluido el propio TS) pueden reproducirlos si no los cuestionan. Justamente por eso, la intervención no busca solo aumentar la concurrencia masculina, sino desarmar las lógicas culturales que sostienen la desigualdad de género en el campo del cuidado.

En síntesis, esta propuesta reafirma el papel del TS como profesión capaz de transformar desigualdades en derechos. Al instalar la problemática de las masculinidades en la agenda de salud, no solamente se amplían las condiciones de acceso de los varones adultos, sino que se fortalece el campo disciplinar, abriendo nuevas líneas de intervención y producción de conocimiento que consolidan al Trabajo Social como actor estratégico en la construcción de políticas sanitarias más justas e inclusivas.

Reflexiones finales

Habiendo llegado al fin de este trabajo, nos propusimos volver a pensar en todo lo que fue este proceso, como así también en el momento de la actualidad que nos encontramos escribiendo. Desde el principio el tema fue bastante claro y aunque, entre dudas y certezas, pudimos pulirlo, por eso podemos decir que llegamos muy conformes a poner en palabras todo lo que teníamos en nuestras ideas. El poder haber transitado una práctica tan fructífera como lo fue el paso por el Centro de Salud Mauricio Casal nos llena de orgullo, porque no solo nos encontramos con profesionales de alta calidad humana, sino que también pudimos conocer el pulso cotidiano de la Atención Primaria de la Salud en un barrio donde conviven distintas realidades y modos de vida, lo que nos permitió mirar con mayor compromiso nuestro propio quehacer profesional.

Más allá de todo lo que fue el trabajo y su escritura, nos parece aquí mencionar que hoy nos encontramos escribiendo esta reflexión en un contexto de mucha violencia machista, que atraviesa profundamente las dinámicas sociales, reproduciendo desigualdades históricas que limitan el acceso a derechos y el pleno desarrollo de la vida de las personas. Reflexionar sobre estas violencias no sólo favorece la comprensión de sus múltiples manifestaciones, sino también la urgencia de fortalecer políticas públicas, dispositivos comunitarios y estrategias de acompañamiento que promuevan vidas libres.

En este sentido, promover el autocuidado en los varones como una práctica política se convierte en una pieza primordial del cambio cultural que necesitamos y al cual aspiramos. Implica reconocer la importancia del cuidado hacia uno mismo y ampliar eso hacia los otros, generando así vínculos más responsables. Esta problemática, nos posibilita advertir cómo la masculinidad hegemónica impacta en la vida de los hombres, y cómo se sigue reproduciendo un modelo cultural que desvaloriza el cuidado de nuestros cuerpos, tanto físico como de salud mental.

Si bien entendemos que estamos en un contexto de deconstrucción social, sentimos que falta mucho por avanzar, que plantearnos el problema que en este TIF decidimos analizar nos da más herramientas para idear intervenciones a futuro que estén desligadas cada vez más de aquello que muchos traemos arraigados, ya sea por la propia cultura o porque crecimos en esta sociedad. Aun así, creemos que poder, como futuras profesionales, abordar esta temática

nos permite profundizar en la relación entre masculinidades y autocuidado y adentrarnos en lo que sería una práctica crítica y situada.

Por otro lado, teniendo en cuenta que la labor profesional del trabajo social en una institución de primer nivel de atención, anclado en un territorio determinado, tiene múltiples demandas diarias y de variada naturaleza, reconocemos que las intervenciones resultan tan amplias y complejas que es necesario poner en valor todo lo que conlleva nuestra formación y nuestro título profesional para poder dar respuestas acordes a cada situación. Muchas de estas problemáticas, sin embargo, quedan invisibilizadas en las dinámicas institucionales, ya sea por la urgencia de la demanda cotidiana o por las limitaciones de las propuestas existentes. Desde este lugar, entendemos que nuestro desafío como futuras trabajadoras sociales es justamente visibilizar esas demandas que se encuentran ocultas, problematizarlas y generar estrategias innovadoras que contemplen no únicamente lo evidente, sino aquello que permanece por fuera del foco inmediato de atención, y es lo que intentamos hacer para este trabajo desde nuestra propuesta disciplinar. Incorporar la no asistencia de los varones al centro de salud o problematizar el autocuidado en torno a ellos dentro de la agenda sanitaria supone cuestionar este sesgo histórico y ampliar la mirada hacia una perspectiva de derechos.

Otra asunto para resaltar, es lo valioso del trabajo interdisciplinar e intersectorial, más aún en estas situaciones en las que se intenta realizar movimientos de la sociedad hacia aquella institución que está inscrita en lo territorial, como también generar cambios en lo estatal. Asimismo esto, otorga otro tipo de organización, más abarcativa, donde de alguna u otra manera se suman más profesionales a hacer de una intervención, un gran cambio.

Finalmente, todo este proceso que hemos realizado reafirma la importancia de la universidad pública como espacio de formación crítica, gratuita y de calidad. Defenderla, aún más hoy en el contexto político que estamos atravesando, implica sostener un futuro más justo e igualitario.

Todo lo que pudimos construir en este trabajo fue posible gracias a una formación que nos enseñó a mirar la realidad con perspectiva, sensibilidad y compromiso. La universidad pública no solo nos dio herramientas teóricas, sino también la posibilidad de pensar lo que hacemos y para quién lo hacemos. Nos formó para intervenir, no desde la neutralidad, sino desde la convicción de que cada acción profesional tiene una dimensión ética y política.

Por eso, defender la universidad pública es también defender la posibilidad de producir pensamiento situado, de generar conocimiento que parta de las realidades concretas y de sostener un horizonte colectivo donde la educación y la justicia social vayan de la mano. Estudiar en la universidad pública nos hizo comprender que transformar las condiciones de vida y cuestionar las desigualdades no son tareas ajenas al trabajo académico, sino su sentido más profundo.

Bibliografía

- Agencia Rosario Digital, Dirección General de Estadística. (2024). Estadísticas vitales. Defunciones 2023 (Informe técnico N.º 17). Municipalidad de Rosario.
- Almeida-Filho, N., & Paim, J. S. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales, 75, 5–30.
- Arias, Ana y Sierra, Noelia (2019). Construcción de la accesibilidad e instituciones. Margen: Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales, (92). Marzo. Buenos Aires. Disponible en: <https://www.margen.org/suscri/margen92/arias-92.pdf>
- Badinter Elisabeth. (1993). La identidad masculina. Madrid, Alianza Editorial. http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/825RolPsicologo/material/descargas/unidad_3/optativa/identidad_masculina.pdf
- Bakea Alonso Fernández de Avilés, Edurne Aranguren Vigo y Ritxar Bacete González. (2019). El trabajo con hombres desde una perspectiva de género: una asignatura pendiente en la intervención social. Con acceso el <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7180607.pdf>
- Bascolo, E y Yavich, N (2010). Gobernanza del Desarrollo de la APS en Rosario, Argentina. Revista de Salud Pública, 12 (1), 89-104.
- Biernat, C y Ramacciotti, K. (2008). La tutela estatal de la madre y el niño en la Argentina: Estructuras administrativas, legislación y cuadros técnicos (1936-1955). História, Ciências, Saúde – Manguinhos, 15(2), 331–351
- Blanco López, J. (2004). Aproximación a la intervención social con perspectiva de género: La masculinidad como factor de riesgo. Comunicación presentada en el II Congreso de Escuelas Universitarias de Andalucía: La realidad social andaluza a debate. Sevilla: Universidad Pablo de Olavide. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2002304.pdf>
- Burin, M y Meler, I (2009). Género: una herramienta teórica para el estudio de la subjetividad masculina. En varones: género y subjetividad masculina. Librería de las mujeres, 2da edición, 19-44.
- Butler, J (2007). Sujetos de sexo/genero/deseo. En el género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad. Paidós. pp 7-85. (Obra original publicada en 1990)
- Carballada, A (s.f). La intervención en Lo Social, las Problemáticas Sociales Complejas y las Políticas Públicas. pp 1-9.

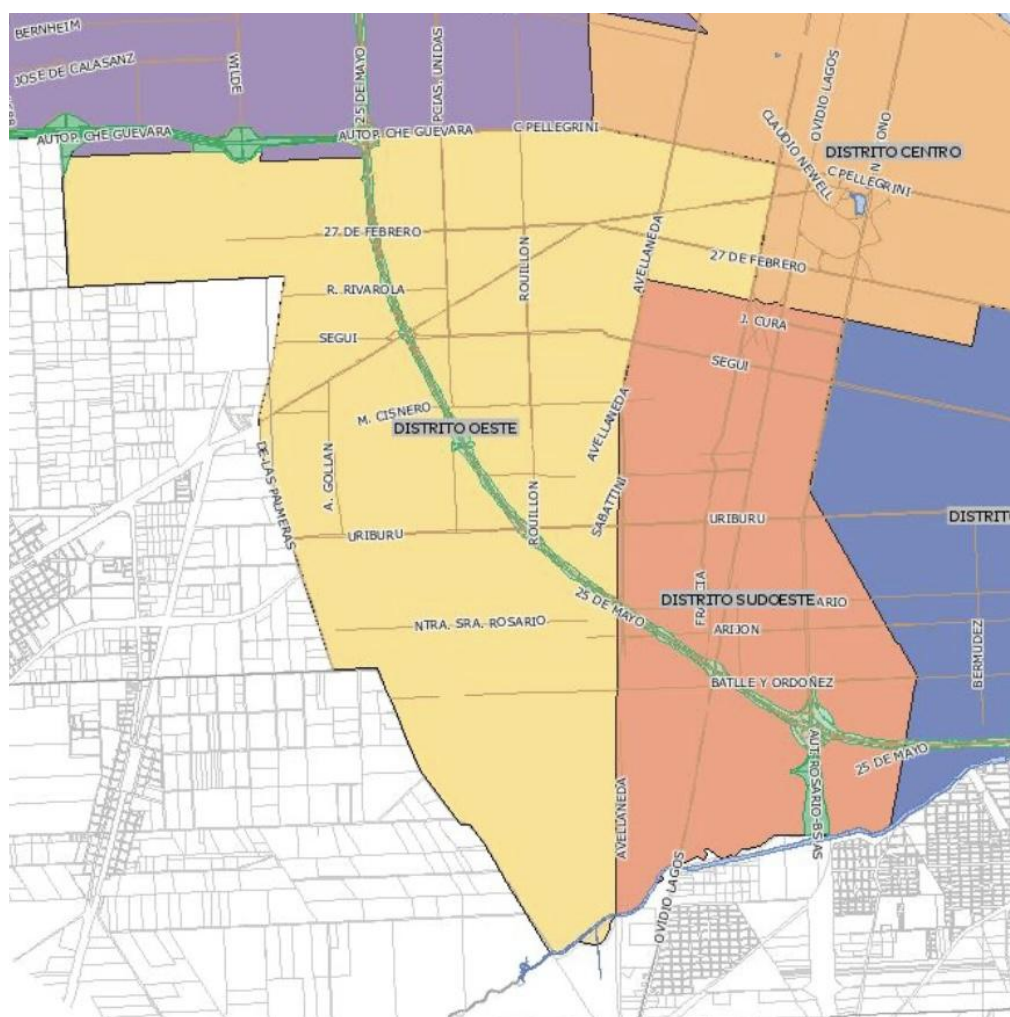
- Cazzaniga, S. (2009). Intervención en Trabajo Social. Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de Entre Ríos.
- Correa, Ofelia T. (2016). El autocuidado. Una habilidad para vivir
- Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe (2018), Políticas Sociales y Derechos Humanos a nivel local. Evaluación del estado de avance en Rosario, Quiroga H. (Coordinador general) et al, Rosario. Capítulo 2: p. 33-48.
- Documento NBI Vía Honda. Proporcionado por la Trabajadora Social del centro de salud en mayo de 2023.
- Documento registro de atenciones 2023. Proporcionado por la Trabajadora Social del centro de salud en diciembre de 2023.
- Fabbri, L (2013). Masculinidad y producción de conocimiento no androcéntrico. Interpelaciones de la epistemología feminista. Revista Sujeto, Subjetividad y Cultura, (5), 36-44. Esc. Psicología UARCIS.
- Fassin, D. (2022). ¿Cuánto vale una vida? O cómo pensar la dignidad humana en un mundo desigual (M. Polo, Trad.). Siglo XXI Editores Argentina. (Obra original publicada en 2020) pp 21-67.
- Fraser, Nancy (2018). “Las contradicciones del capital y los cuidados” en Nueva Revista Socialista, 5, pp. 49-69, Buenos Aires: Centro de Estudios Municipales y Provinciales- CEMUPRO. Disponible en: <https://nuevarevistasocialista.com/portfolio/las-contradicciones-del-capital-y-los-cuidados/>
- InfoMapa Rosario. Mapa de servicios de EMAPA [Mapa en línea]. Municipalidad de Rosario. <https://infomapa.rosario.gov.ar/emapa/mapa.htm>
- Kleba Lisboa, T. y Lolatto, S. (2013). Políticas Públicas con transversalidad de género. Rescatando la interseccionalidad, la intersectorialidad y la interdisciplinariedad en el Trabajo Social. Cuadernos de Trabajo Social, 26(2), 409-419. <https://pdfs.semanticscholar.org/0abd/b62cacc3a975570f06fcc35c3b39be05fd14.pdf>
- Ley Federal del Trabajo Social (2014). Recuperado de: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/239854/norma.htm>
- López Cortés, N (2021). De mujeres y hombres: el androcentrismo en lo ambiguo. Pragmalingüística, (29), 262-279.

- Lugones, M (2008). Colonialidad y Género. Tabula Rasa. Bogotá - Colombia, No.9: 73-101
- Menendez, Eduardo (1988) Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. En Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. (pp. 451-464) Buenos Aires, Argentina.
- Michalewicz, Alejandro; Pierri, Carla; Ardila-Gómez, Sara (2014). “Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización”. Anuario de investigaciones, XXI, 217-224. Universidad de Buenos Aires.
- Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual de la Provincia de Buenos Aires. (2021). Acceso a la salud y género: una mirada integral (Cuadernillo 8 de la serie Género y territorio. Herramientas feministas para la gestión local). Impreso en Imprentas del Estado Bonaerense.
- Montaña, C. (2002). La naturaleza del servicio social: Un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción. Biblioteca Latinoamericana del Servicio Social. Cortez Editora.
- Muller Flury, M. (2021). Masculinidades y Trabajo Social: Una aproximación teórica para nuevas intervenciones sociales y reivindicaciones profesionales. Itinerarios de Trabajo Social, 1, 23–30.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). Declaración de Alma-Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6–12 de septiembre de 1978. OMS.
- Paugam, S. (2012). Protección y reconocimiento: Por una sociología de los vínculos sociales. Papeles del CEIC, 2012(2), Artículo 82. Universidad del País Vasco.
- Pautassi, L (2023). El derecho al cuidado. De la conquista a su ejercicio efectivo. Friedrich-Ebert-Stiftung - Análisis - Trabajo y Justicia Social.
- Red de Salud (2021). Datos Rosario. Recuperado de: <https://datos.rosario.gob.ar/salud/red-de-salud>
- Robert W. Connel. (1995). La organización social de la masculinidad. Biblioteca Virtual de Ciencias Sociales. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/105_estudios_genero/material/archivos/la_organizacion_socia_de_la_masculinidad.pdf

- Robert W. Connel. (2003). Masculinidades. Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género. (Obra original publicada en 1995)
- Rojas Grosso, Diana Carolina, & Rodríguez Pinto, María Camila (2013). Conceptualización de territorio en trabajo social: Aportes y reflexiones. Tendencias & Retos, pag 61–78.
- Rovere, M. (2016). El sistema de salud de la Argentina como campo: tensiones, estratagemas y opacidades. Debate Público. Reflexión de Trabajo Social, 6(12), 23-42. Universidad de Buenos Aires.
- Sánchez, S. I. (2015). La práctica del Trabajo Social en salud: medicalización o reivindicación de derechos [Tesis de grado, Universidad Nacional de La Plata]. SEDICI: Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de La Plata. https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/48770/Documento_completo.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Sánchez Huarcaya, A. O. (2020). La investigación y la tesis de maestría en educación. En A. O. Sánchez Huarcaya (Coord. y ed.). Los métodos de investigación para la elaboración de las tesis de maestría en educación (7-22). Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Educación.
- Scott Joan, W (2021). La utilidad de la categoría de género. Editorial digital feminista Victoria Sau.
- Segato, R (2011). Género y colonialidad: en busca de claves de lectura y de un vocabulario estratégico descolonial. En K. Bidasca & V. Vázquez Laba (Comps.), Feminismos y poscolonialidad: Descolonizando el feminismo desde y en América Latina (pp. 17–48). Buenos Aires: Godot.
- Stolkiner Alicia, y Ardilla Gomez Sara (2012). “Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas”. Vértice - Revista Argentina de Psiquiatría
- Stolkiner, Alicia (2013). “Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas de salud mental”. En H. Lerner (Comp.). Psicolibro. Colección FUNDEP.
- Stolkiner, Alicia (2021) Derribando barreras. Diálogo sobre interdisciplina. En Prácticas en Salud Mental, Noveduc, cap. 10, pp. 231-242.
- Vasilachis de Gialdino, I. (1992). Métodos cualitativos I: los problemas teórico-epistemológicos.(57-69) Centro Editor de América Latina.

- Vazquez, R (2020). El hombre neandertal: la colonialidad de género. Centro de Estudios y Actualización en Pensamiento Político, Decolonialidad e Interculturalidad, (11), 180-188.
- Zampani, R (2005). Trabajo Social y Asistencia: apuntes para un nuevo (viejo) debate. Revista Cátedra Paralela (2) 77-84.

Anexos



Anexo 1. Figura del área que comprende el Distrito Oeste.