



*Universidad Nacional de Rosario*  
*Facultad de Ciencia Política y Relaciones*  
*Internacionales*  
*Escuela de Trabajo Social*

*El Cuidado en la Cotidianidad de la Atención*  
*Primaria de la Salud*

Salhab Juliana  
Tesina de grado  
Licenciatura en Trabajo Social

Directora: Lic. Bustos Romina

Rosario, febrero del 2023

## *Agradecimientos*

Este trabajo es el resultado de mi paso como estudiante de Trabajo Social en el centro de salud “Marcelino Champagnat”, por lo cual en primer lugar quisiera agradecer a la institución, a los trabajadores de la misma, y a su población usuaria, por brindarme el primer acercamiento al territorio y el conocimiento de sus diferentes realidades, por contribuir a cuestionar mis pensamientos, prejuicios e ideas arraigadas, y posibilitar mi involucramiento en las problemáticas desde su interior y vida cotidiana.

Agradecer también a mis compañeras de prácticas y amigas por compartir esta etapa tan importante de nuestra carrera, a la cual le dedicamos mucho tiempo, esfuerzo y energía, incentivándonos día a día para transitar la experiencia de la mejor manera. Por ayudarme a revivir muchas de las experiencias necesarias para esta investigación, por cada aporte e intercambio de pensamientos, así como también por el apoyo, afecto, compañía y motivación para concretarlo.

A mi directora que me acompañó en este proceso de investigación y escritura, aportando a través de sus conocimientos, proporcionando espacios de intercambio de experiencias y reflexiones, y escuchando cada una de mis ideas y dudas, siempre desde la amabilidad, receptividad, comprensión y motivación.

Me parece importante también mencionar a los feminismos, ya que la elección de este tema fue producto de sus luchas por la desigualdad de género y el incentivo por seguir trabajando por una sociedad más justa para todes.

Gracias a la universidad y sus docentes por abrirme las puertas al mundo de la educación como acto político, y otorgarme valores tanto a nivel académico como personal. La facultad fue un lugar en el que siempre me sentí bienvenida y el cual paulatinamente se convirtió en parte de mi identidad.

Finalmente agradecer a mi familia y amigos, por el apoyo y esfuerzo que me brindaron para sostener mis estudios, por haber sido y ser mi mayor red de contención en este camino, al escucharme, generar espacios de discusión sobre temas que trato en la investigación, enseñarme sus puntos de vista, y principalmente por sostenerme en todo momento.

**Palabras claves:** Trabajo Social, cuidado, género, cotidianidad, salud, Atención Primaria de la Salud.

## **Índice:**

**INTRODUCCIÓN** (pág. 6)

**CAPÍTULO I: *Campo Salud*** (pág. 10)

Conceptualización del campo (pág. 11)

Contexto político-social (pág. 14)

**CAPÍTULO II: *Centro de Salud “Marcelino Champagnat”*** (pág. 16)

El centro de salud como institución (pág. 17)

Reconstrucción histórica del Centro de Salud Champagnat (pág. 18)

Territorio y población usuaria (pág. 19)

**CAPÍTULO III: *Sobre el cuidado*** (pág. 22)

Economía feminista (pág. 23)

Aportes desde una mirada decolonial (pág. 26)

Corresponsabilidad (pág. 30)

Cuidar, ser cuidado y el autocuidado desde un enfoque de derechos (pág. 32)

**CAPÍTULO IV: *El cuidado en nuestro país hoy*** (pág. 36)

Pandemia: el cuidado en la agenda pública (pág. 37)

Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado (pág. 38)

Mapa Federal de cuidados (pág. 38)

Encuestas sobre el uso del tiempo (pág. 40)

Decreto 475/2021. Reconocimiento de tareas de cuidado (pág. 42)

Cuidados en la Provincia de Santa Fe y la Ciudad de Rosario (pág. 45)

**CAPÍTULO V: *Visibilizar el cuidado*** (pág. 47)

El cuidado en la cotidianidad del centro de salud (pág. 48)

Mujeres a cargo del cuidado (pág. 49)

Registros de campo (pág. 51)

Mujeres e identidades feminizadas gestoras de salud (pág. 60)

**CAÍTULO VI: *Trabajo Social y Cuidado*** (pág. 62)

Aportes para el reconocimiento (pág. 63)

Intervenir con perspectiva de género (pág. 64)

Políticas Sociales: un instrumento para la transformación social (pág. 68)

**REFLEXIONES FINALES** (pág. 71)

**BIBLIOGRAFÍA** (pág. 74)

## **Introducción**

El presente trabajo de investigación parte de mi experiencia de prácticas pre-profesionales, realizada durante los años lectivos 2017 y 2018, en el Centro de Salud "Marcelino Champagnat", ubicado en Barrio Alvear, perteneciente al Distrito Sudoeste en la ciudad de Rosario,

Partiendo de la identificación de aquellos aspectos que conforman la cotidianidad de la población usuaria del centro de salud, me propongo reflexionar e intentar evidenciar el rol activo que ocupan las tareas de cuidado, entendidas como responsabilidad de las mujeres, en el funcionamiento del nivel de Atención Primaria de la Salud, las cuales, ocupando una función esencial para garantización del bienestar de la población.

El tema de la investigación surgió a partir del reconocimiento de las determinaciones de la vida cotidiana del centro de salud y un análisis sobre las implicancias sociopolíticas que la atraviesan. Durante los dos años de prácticas en esta institución, intenté captar aquellas particularidades del cotidiano que se me presentaron como relevantes en este proceso. La mayoritaria presencia de mujeres responsables de tareas de cuidado a terceros, en pos de garantizar su bienestar de salud fue una de las cuestiones más relevantes que se me presentaron, debido a que era un hecho que se presentaba de manera constante en la institución. La sala de espera, las filas en la farmacia, la administración, los consultorios y las actividades ancladas al centro de salud eran lugares ocupados fundamentalmente por mujeres.

El cuidado y las tareas de cuidado, es un tema del cual los feminismos vienen tratando hace tiempo, pero logró ubicarse en la agenda pública de manera más significativa a partir de la emergencia sanitaria ocurrida en el año 2020, provocada por los contagios de COVID-19, que desencadenaron una pandemia, sumado a las posteriores medidas sanitarias necesarias para evitar la propagación del virus, principalmente, la cuarentena y distanciamiento social. La permanencia de las familias dentro del hogar puso en evidencia la importancia de las tareas de cuidado para el sostenimiento del bienestar de salud de la población, lo cual paralelamente reveló su desigual distribución con respecto al género.

A fin de poder efectuar un análisis del tema desde una mirada crítica y en profundidad, se presentó como necesario para esta investigación construir un desarrollo histórico del cuidado, recuperando su surgimiento desde las luchas feministas a lo largo del tiempo, así como

también los debates planteados desde las diferentes perspectivas de las cuales se aborda y la situación actual de nuestro país en cuanto al tema.

Esta investigación tiene como objetivo contribuir a la visibilización del trabajo de cuidado no remunerado que las mujeres e identidades feminizadas realizan, en este caso, como medio para la garantización del bienestar de salud de la población. Mediante mi experiencia y registros de campo intento evidenciar el lugar activo que las tareas de cuidado ocupan dentro de las dinámicas del campo de la salud, más precisamente, en el nivel de Atención Primaria de la Salud. Cabe destacar que si bien presento aspectos o lógicas de intervención que, en términos generales, pueden ser comunes a otros centros de salud, se debe tener en cuenta que cada institución aborda zonas de geo-referencia diferentes, con características, poblaciones, estrategias y actividades particulares a su territorio.

Para la realización de este trabajo considere adecuada la estrategia metodológica cualitativa, ya que permite centrarnos en las percepciones y perspectivas de los diferentes actores y abordar así el objetivo de la investigación. Esta estrategia también nos permite recolectar datos e información para su posterior análisis.

Teniendo en cuenta a Sautu (1997) *“las metodologías cualitativas son apropiadas cuando el investigador se propone investigar la construcción social de significados, la perspectiva de los actores sociales, los condicionantes de la vida cotidiana o brindar una descripción detallada de la realidad.”* (p.236)

De esta manera, esta estrategia resulta adecuada para lograr una mejor comprensión de la vida cotidiana del centro de salud y analizar sus lógicas y conceptos habituales. Para ello hice uso de la etnografía, entendiendo que *“Como enfoque la etnografía es una concepción y práctica de conocimiento que busca comprender los fenómenos sociales desde la perspectiva de sus miembros (entendidos como “actores”, “agentes” o “sujetos sociales”)...Un investigador social difícilmente entienda una acción sin comprender los términos en que la caracterizan sus protagonistas”*(Guber, 2001:16). De este modo, tomé como fuente principal, la producción de información de mi cuaderno de campo de prácticas, el cual refleja datos obtenidos a través de la observación participante en diferentes reuniones, entrevistas, situaciones, espacios, y problemáticas que logre presenciar. La observación participante me permitió captar la realidad del día a día del centro de salud desde su interior, a partir de las voces de los diferentes actores que la componen para luego construir un análisis de esta.

La información recolectada de mis registros de cuadernos de campo abarca el periodo del año 2017 al 2018. Enumeré como cuaderno 1 al cuaderno correspondiente al año 2017, conformado por 24 registros y cuaderno 2 al correspondiente al año 2018, conformado por 39 registros. Durante mi primer año, asistí al centro de salud 8 horas semanales, las cuales solía dividir en dos días y en el segundo año asistía al mismo 12 horas semanales, intentando respetar también los dos días a la semana. Para lo que respecta a este trabajo, me basé en 6 registros obtenidos de entrevistas no estructuradas realizadas en el consultorio de Trabajo Social de la institución. Las entrevistas las dividí en categorías en función de las consultas y problemáticas presentadas de manera más recurrente en torno al cuidado. Asimismo hago mención de algunas observaciones, situaciones y actividades ubicadas por fuera del consultorio de Trabajo Social que tuve la oportunidad de registrar.

Por otro lado, como fuente secundaria, utilicé bibliografía relacionada a los temas que se han identificado dentro del problema. Esta sirvió como medio para conocer e indagar sobre los aspectos abordados de manera más profunda y de esta manera lograr una mejor comprensión y reflexión desde el conocimiento. La bibliografía proviene de libros, revistas y sitios de internet.

Para la elaboración de este trabajo parto desde el abordaje conceptual del campo Salud, haciendo uso de la noción de campo trabajada por Pierre Bourdieu y presentando además, las luchas constantes dentro de este, sus concepciones desde diferentes entidades, la estrategia de gestión adoptada por la provincia de Santa Fe y la Municipalidad de Rosario y el contexto político-social que atravesaba el campo durante los años en los que transite la institución.

Teniendo en cuenta la contribución de la corriente francesa del Análisis Institucional, en el segundo capítulo se aborda el Centro de Salud como institución, reconstruyendo su historia y caracterizando su territorio, equipo de trabajo y población usuaria.

En el tercer capítulo, desarrollo las teorías feministas y estudios sobre el concepto del cuidado desde: la economía feminista y su contribución respecto a el rol y la historia del cuidado en el funcionamiento del sistema económico; los aportes de la perspectiva decolonial en cuanto a la noción de género, el cuidado del medio ambiente, las consecuencias de su deterioro afrontado por las mujeres y el cuidado comunitario; la corresponsabilidad como propuesta de reorganización de tareas de cuidado y el cuidado entendido desde un enfoque de

Derechos Humanos como medio para la obtención del compromiso (en su garantía) por parte del Estado, los sectores privados y la población.

El capítulo cuatro aborda la situación actual sobre el cuidado en Argentina: su avance en materia de políticas públicas, teniendo en cuenta los años de trabajo que esta temática tiene dentro de la lucha feminista y su reciente incorporación en la agenda pública a partir de la emergencia sanitaria ocurrida en el año 2020.

Partiendo de mi recorrido como estudiante por la institución, el anteúltimo capítulo está centrado en un análisis etnográfico basado en los registros recolectados de mis cuadernos de campo, teniendo como objeto sustentar mi hipótesis sobre el rol activo que desempeñan las mujeres dentro de las dinámicas de la Atención Primaria de la Salud, como principales referentes y garantizadoras del bienestar de salud familiar. A fines metodológicos, dividí los registros de intervención en tres temáticas: niñez, discapacidad y violencia de género, teniendo como criterio las principales situaciones abordadas en el centro de salud en torno al cuidado.

Finalmente, intento dar cuenta y poner en debate el papel que cumplimos como profesionales a la hora de visibilizar y problematizar estos roles de género instaurados dentro de nuestros espacios de trabajo, para evitar seguir reproduciendo lógicas patriarcales y apostar por un cambio efectivo a nivel social.

**Capítulo I:**  
*Campo Salud*

## Conceptualización del campo

De acuerdo a la perspectiva adoptada, Pierre Bourdieu nos dice que un campo es un espacio históricamente constituido con sus instituciones específicas, sus leyes y sus reglas de funcionamiento. Además agrega que un campo es un espacio de lucha(s) (simbólica) producto de capitales e intereses contrapuestos, devenido de las distintas posiciones que los agentes ocupan en dicho campo. De esta manera, nos ayuda a interpretar que el campo se define por lo que está en juego, el capital específico y los intereses que en él se encuentran. En ese sentido Bourdieu lo explicita como “un espacio de juego”, donde los que participan dotados de capitales e intereses desiguales se disputan el poder para transformar total o parcialmente las reglas que lo conforman. Ese espacio de juego existe en la medida que hay jugadores dispuestos a jugarlo. Este contexto pone en escena el juego del ejercicio del poder y/o el de las relaciones de fuerza. Más precisamente, para enriquecer esta idea, Bourdieu (2008) nos dice:

*“no podemos captar la dinámica de un campo si no es mediante un análisis sincrónico de su estructura y simultáneamente no podemos captar esa estructura sin una análisis histórico, esto es genético de su constitución y de las tensiones que existen entre las posiciones en su seno, así como entre dicho campo y otros campos, y especialmente el campo del poder”* (p.126)

Siguiendo esta línea de pensamiento, el Campo Salud se caracteriza por el devenir de diferentes discursos y prácticas que lo vienen tensionando, producto de una pugna de intereses planteados por distintos paradigmas. De este modo, podemos observar la lucha por el pasaje de un paradigma de corte netamente positivista, con una mirada eminentemente biologicista y de carácter a-histórico, que ha predominado desde su concepción moderna (S XVIII) y hegemonizado la historia del campo hasta nuestros días (conocido como Modelo Médico Hegemónico) a otro modo de pensar la salud, entendida como un fenómeno multidimensional (incorporando la dimensión cultural, económica, social, política, etc.) y dedicada a el análisis del proceso de salud-enfermedad-atención de las poblaciones, es decir, la Medicina Social o Colectiva. Según Menéndez (1988), el Modelo Médico Hegemónico progresivamente logró establecerse en la sociedad como la única manera de comprender y atender la enfermedad, planteando que este modelo es:

*“el 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 subalternas al conjunto de prácticas, saberes, ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado [...] Los principales rasgos estructurales son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico.” (p.1-2)*

Desde otra perspectiva, la Medicina Social o Colectiva intenta comprender la dinámica social, política y económica del proceso salud-enfermedad-atención e incorporar a la salud un análisis desde múltiples dimensiones:

*“conceptualiza la salud-enfermedad como un proceso dialéctico y no como una categoría dicotómica. La epidemiología crítica estudia el proceso salud-enfermedad-atención en el contexto social, considerando los efectos de los cambios de las condiciones sociales a lo largo del tiempo. El perfil epidemiológico de un colectivo social o institucional en una determinada sociedad requiere un análisis de múltiples niveles para comprender por qué y cómo las condiciones sociales, tales como la reproducción social, la producción económica, la cultura, la marginalización y la participación política, se organizan históricamente en distintos “modos de vida” característicos de los grupos situados en diferentes posiciones dentro de la estructura de poder, y determinan un acceso diferencial a condiciones favorables o protectoras, o a condiciones desfavorables o destructivas, estableciendo la dinámica del proceso salud-enfermedad.”(Iriart y otros, 2002: 131)*

Por otra parte, la OMS (Organización Mundial de la Salud) incorpora el concepto de bienestar humano a la salud: *"La salud es un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. Incluye el concepto de bienestar como derecho humano y social"*. Esta definición de salud tomó relevancia a partir de los años 50, cuando se comenzó a evidenciar que el bienestar humano trasciende lo estrictamente físico.

En cuanto a nuestro país, la Constitución Argentina plantea la importancia del derecho al acceso a la salud y pone énfasis también en su garantización a través del tiempo y la responsabilización del Estado:

*“La salud es un derecho colectivo, público y social de raigambre constitucional, anclado en el artículo 42 que reza, en lo pertinente, lo siguiente: Los consumidores de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno. Este derecho involucra no exclusivamente a la garantía de acceso a las prestaciones básicas de salud, sino asimismo de su mantenimiento y regularidad a través del tiempo, y que de acuerdo a jurisprudencia uniforme incumbe principalmente al Estado, más aún en los supuestos específicos de protecciones legales que involucran a personas vulnerables tales como los niños, ancianos, personas con discapacidad, niños en situación de desamparo, desde el embarazo hasta la finalización del período de enseñanza elemental, y de la madre durante el embarazo y tiempo de lactancia.”*

En lo que respecta a la Provincia de Santa Fe, la estrategia de gestión del sistema de salud hace hincapié en la coherencia, gestión, innovación y resolución de problemas mediante la cercanía a cada barrio de la provincia, a fin de garantizar el acceso a la salud de toda la población. Se trata de un “Modelo de Gestión en Red” basado en la Atención Primaria de Salud. La red está compuesta por: Hospitales, SAMCOs y Centros de Salud, organizados territorialmente en cinco nodos. Cada región posee una ciudad nodo, como centro de información, articulación, y distribución de recursos y capacidades. Estos efectores son de gestión provincial y municipal y trabajan de manera intersectorial e integral.

La estructura de los servicios está dividida por niveles de atención, procurando cuidar y dar respuesta a los distintos problemas de salud de la población según su complejidad:

- 1er Nivel: Centros de Salud, es el lugar de mayor proximidad a vecinos. No poseen camas de internación y son los encargados de garantizar la salud territorializada.
- 2do Nivel: Hospitales y Samcos, de baja y mediana complejidad.

- 3er Nivel: Hospitales de alta complejidad, son el último y más completo nivel de la red.

La red, además, se asiste de un “Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias” (SIES) que cuenta con vehículos de traslados y centrales de operaciones y traslados con competencia en lo local y a nivel regional dentro de la provincia.

Centrándonos en el Nodo Rosario, el campo salud integra efectores con dependencia tanto provincial como municipal. En el municipio el modelo de atención que defiende la Secretaría de Salud Pública se basa también en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), centrando sus acciones en las necesidades y contextos familiares de las poblaciones que habitan en los territorios más cercanos al lugar de atención. Los equipos de salud trabajan en red, intentando que todas las instituciones, servicios y atenciones se complementen y cooperen.

### Contexto político-social

Al momento de transitar mis prácticas en el centro de salud (2017-2018), nuestro país se veía atravesado por un contexto neoliberal (gobierno de Mauricio Macri), en el cual la salud comenzó a entrar en una zona de mercantilización, enmarcada por la propuesta de la CUS (Cobertura Universal de Salud). La misma fue presentada desde el discurso oficial como un modelo de seguro de salud destinado a personas “sin cobertura” (sin obra social o medicina prepaga) a través de una “canasta básica de servicios” (paquete de prestaciones) que se basaba en reducir ciertos derechos vinculados a la salud. Esta propuesta se inscribió en un modelo desarrollo pro-mercado donde se privilegia financiar la demanda definiendo selectivamente las prestaciones hasta un cierto límite, en pos de una supuesta eficiencia para brindar calidad mediante la promoción de la “satisfacción” del “cliente” a través de los distintos competidores del mercado. Esta lógica fue impulsada para ser aplicada a nivel nacional.

Las medidas impulsadas por el gobierno nacional vinieron a romper con las conquistas logradas a partir del 2003 en adelante (hasta 2015), en donde se experimentó en nuestra sociedad una recuperación de derechos sociales, marcada por un proceso de reparación y recomposición de la trama social que había sido fuertemente dañada a raíz de la implementación sistemática de medidas neoliberales. Con el kirchenerismo se re-editó un discurso basado en la “inclusión social” propio de los proyectos políticos nacionales y populares. En ese contexto la política de salud pública se direccionaba hacia un proyecto de

reinscripción social. Así, se revitalizó el concepto centrado en la idea de “proceso salud-enfermedad”, implicado por la defensa de los Derechos Humanos.

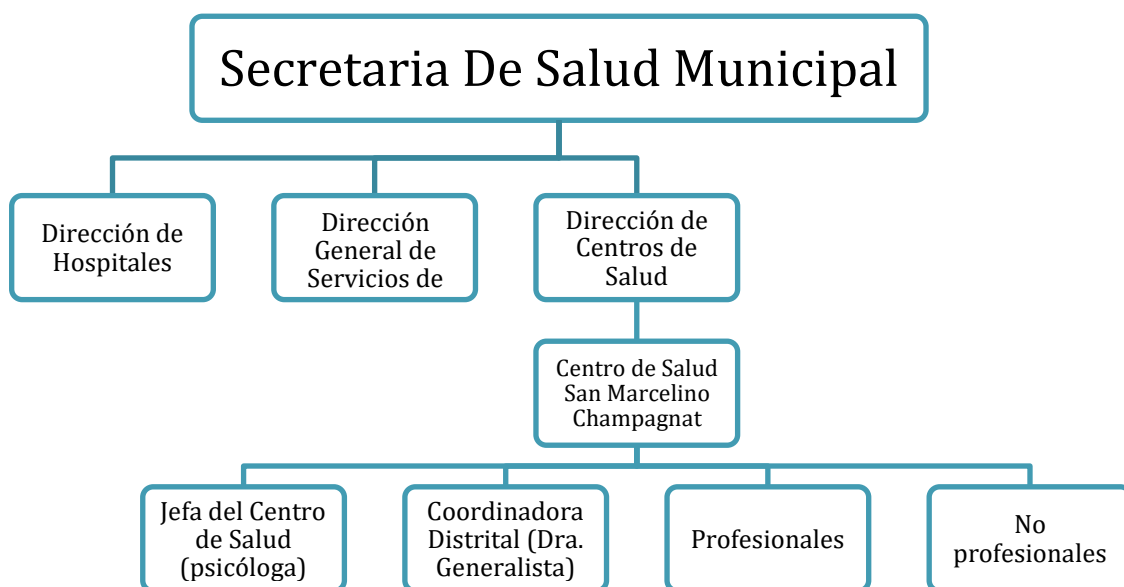
La provincia de Santa Fe, por su parte, intentaba resistir a la implementación de la propuesta nacional, ya que la gestión que gobernaba en ese entonces se caracterizaba por una fuerte política de defensa de la salud pública, con una perspectiva de políticas sociales de carácter universal, integral y colectivo.

## **Capítulo II:**

### ***Centro de Salud “Marcelino Champagnat”***

## El centro de salud como institución

El centro de Salud Marcelino Champagnat en su contexto más general es una institución de salud de carácter público dependiente de la Dirección de Atención Primaria. Su ubicación en la política de salud municipal se compone de la siguiente manera:



Fuente: Elaboración propia

Al hablar de instituciones tomaré las referencias teóricas desarrolladas por Gregorio Barenblitt (2005), quien se apoya a su vez en los aportes que le provee la corriente francesa del Análisis Institucional. Este autor refiere que las instituciones son una serie de prescripciones y prohibiciones que guían la vida social. Las instituciones guían la actividad social humana prescribiendo lo que debe ser y proscribiendo lo que no debe ser. Estas son entidades abstractas

y deben materializarse en dispositivos (organizaciones). En una institución se distinguen 3 vertientes o procesos: lo instituyente (fuerza o potencia productora de instituciones), lo instituido (resultado del trabajo de esa fuerza) y el proceso de institucionalización (movimiento por el cual lo “instituyente” genera y transforma lo “instituido”).

Apoyada en esta perspectiva de análisis, el “Centro de Salud Champagnat” constituye el espacio institucional particular donde inscribí mi proceso de aprendizaje del ejercicio de la profesión (Praxis). Este espacio institucional traduce el lugar del establecimiento como unidad de organización que trabaja en conjunto con las demás organizaciones que conforman el Ministerio de Salud. Cabe mencionar que el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe entiende a la Salud como Derecho Humano fundamental y su misión es garantizar el ejercicio efectivo de ese Derecho, definiendo así su razón de existir como organización y otorgándole significado a cada tarea desarrollada en su ámbito. De este modo, connota un espacio institucional propio, singular, físico, material y simbólico, en donde se entrecruzan discursos y prácticas heterogéneas (económicas, disciplinares, ideológicas, políticas, jurídicas, técnicas, etc.). “El Champagnat” representa el nivel de la vida de la organización, nivel que en definitiva va a materializar los modos particulares de entender, de transmitir, de practicar y de garantizar el derecho a la salud en un determinado territorio de la ciudad de Rosario y en un determinado tiempo histórico-social.

Este entramado conforma “lo institucional” (nudo de relaciones complejas y móviles) y va configurando lo que las instituciones son, lo que no son, lo que creen que son y lo que desean ser. Esto da cuenta que toda institución, a parte de expresar una dimensión funcional y simbólica, también está atravesada por la dimensión imaginaria. Las instituciones no son entidades fijas, estáticas, inmodificables, por el contrario son “algo siempre en movimiento” en cuyo devenir se da la relación dialéctica entre lo “instituido-instituyente” que, como se nombra anteriormente, tiene como resultado el proceso de *institucionalización*.

### Reconstrucción histórica del Centro de Salud Champagnat

El Centro de Salud “Marcelino Champagnat” está ubicado en Castellanos 3935 en Barrio Alvear, correspondiente al Distrito Sudoeste en la ciudad de Rosario.

Inició sus actividades en el año 1985 como una “posta sanitaria” atendida por médicos municipales, en un terreno donado para la actividad de salud. A pedido de Rubén Grazano

(quien donó los terrenos) este Centro fue nombrado como “Marcelino Champagnat” y, en sus comienzos, sólo se contaba con un consultorio, una cocina, un baño y una sala de enfermería. A principios de los años 90, y debido a la necesidad de mayor cobertura en salud, se construye el consultorio de odontología y enfermería y, a mediados de los 90, el consultorio de pediatría, administración, farmacia y otro baño para el público.

En junio de 2005, se inaugura el nuevo Centro de Salud con el objetivo de brindar mejores respuestas a las crecientes demandas provenientes de los habitantes del barrio. Actualmente, el Centro de Salud registra alrededor de 5000 historias clínicas familiares, y el equipo de salud tiene a su cargo la salud de aproximadamente 25.000 vecinos adscritos al sistema.

Al momento de realizar mis prácticas, el grupo de trabajadores de la institución estaba compuesto por: cuatro médicas generalistas, dos pediatras, una tocoginecóloga, una médica clínica, una farmacéutica, dos odontólogas, cuatro enfermeras, dos psicólogas, una psiquiatra, una fonoaudióloga, una trabajadora social y cuatro administrativos.

El Centro de Salud presta sus servicios a la población que habita en el Barrio Alvear, Zona Sur del Barrio San Francisquito, Itatí re-localizado, población que se encuentra en los terrenos de Avellaneda 4.200 y el asentamiento irregular denominado “Vía Honda”.

### Territorio y población usuaria

La zona de geo-referencia del Centro de Salud se caracteriza por un contraste muy marcado entre los Barrios Alvear, San Francisquito e Itatí re-localizado por un lado, y los terrenos de Avellaneda y Vía Honda por el otro. Estos últimos, son lugares donde prima la exclusión social: la mayoría de las viviendas están construidas con chapas, siendo en menor medida aquellas edificadas con ladrillos y las calles son de tierra, sin cordones y con zanjas que pasan por delante de las viviendas. Los servicios básicos son escasos, no se cuenta con cloacas (recurriendo a lo que se conoce como “pozo ciego”) y no hay red de agua potable, por lo cual, el agua es traída por perforaciones de los caños madre que pasan por las calles Avellaneda y Felipe Moré. El agua es distribuida por caños que van disminuyendo su calibre a medida que se acercan a las casas, éstos pasan por las alcantarillas del propio barrio, quedando inmersos en agua contaminada con residuos orgánicos e inorgánicos, y químicos. En cuanto al servicio de luz, el tendido eléctrico está compuesto por cables colgados y enganchados por los

propios vecinos a la instalación que pasa por las principales calles aledañas. La recolección de residuos está a cargo de una cooperativa barrial que los recoge y traslada a los contenedores que se encuentran por las calles Avellaneda y Felipe Moré. También se suelen quemar los residuos en los predios cercanos.

El panorama que se encuentra en los otros barrios Alvear, Itatí re-localizado y zona sur del San Francisquito es diferente. Allí los habitantes poseen agua potable de red, luz eléctrica, recolección diaria de basura (en contenedores), calles asfaltadas sin cordón y con zanjas. El servicio de cloacas aún no está presente en todas las zonas.

Existe un contraste, también, en el acceso a derechos y condiciones básicas de vida existentes de la población que habita en cada lugar. En su gran mayoría, los habitantes de la Vía Honda son personas que por distintos motivos muchas veces quedan excluidas de muchos derechos. La educación, por ejemplo, se ve afectada por el abandono de los estudios primarios o secundarios, con propósitos como colaborar económicamente en la familia, necesidad de tareas de cuidado en el hogar, o falta de recursos necesarios para dirigirse a los establecimientos educativos. Por otro lado, gran parte de la población contempla planes o programas sociales para aumentar sus ingresos, ya que no cuentan con un empleo formal. Muchas de las personas han comenzado a trabajar desde muy jóvenes, siendo las changas, el cirujeo y el trabajo no registrado lo más frecuente. De esta manera, podemos decir que los habitantes de este barrio viven mayoritariamente en situación de vulnerabilidad en cuanto a Derechos Humanos, lo que provoca una desigualdad ciudadana, es decir, una des-ciudadanización. Es un escenario social trazado por el desmembramiento del tejido social, a causa de falta de trabajo, de educación, de accesos a los servicios básicos, a viviendas dignas, etc.

En contraposición, nos encontramos otro tipo de población usuaria, conformada por personas que, en su gran medida, poseen un trabajo remunerado y/o registrado o tienen posibilidad de acceso a seguir sus estudios. Pero también existe una parte de esta población que se encuentra desempleada, con puestos de trabajos temporales e inestables o que a causa de la coyuntura del país de ese momento perdió su trabajo. Esto último, provocó la pérdida de obras sociales de muchas de las familias, lo cual a su vez generó el incremento de nuevas personas usuarias y grupos familiares adscritos al centro de salud.

A su vez, también existe un tipo de población “fugaz” o “pasajera” conformada por personas originarias del norte argentino o personas provenientes de otros países, como

Paraguay, Bolivia y Colombia. Esta población muchas veces suele cortar el vínculo con la institución y el seguimiento de atenciones, ya que muchos de ellos no se encuentran radicados en un lugar de manera definitiva y regresan a su provincia o país de origen por algunos meses o años, para luego volver. Este motivo genera una falta de referencia con el centro de salud por largos plazos de tiempo, lo que en ocasiones produce dificultades en los procesos de salud-enfermedad-atención.

En general, la relación de los usuarios con la institución es estrecha y sólida, ya que ellos se apropian de la misma y generalmente recurren con frecuencia ante cualquier inconveniente, ya sea por enfermedad, problemas económicos, sociales o familiares, lo que va construyendo un fuerte vínculo con la institución, junto a un sentimiento de pertenencia al espacio. Gran parte de la población usuaria transita por la institución desde su nacimiento, o desde temprana edad, y luego, a lo largo de su crecimiento, continúan realizando controles y tratamientos médicos, controles de embarazo, urgencias, atenciones psicológicas y/o acceden a políticas sociales mediante este efector ubicado en el territorio.

Según el registro de atenciones del centro de salud, la población usuaria en su mayoría está conformada por mujeres jóvenes de entre 14 y 36 años. Generalmente estas mujeres asisten solas o con sus hijos, ya sea a realizar controles médicos, retirar leches, fármacos u otros insumos, al consultorio de Trabajo Social o para participar de actividades vinculadas a este.

En lo que respecta a las intervenciones y consultas realizadas en Trabajo Social, en el año 2017 se registraron un total de 949 atenciones, de las cuales 809 fueron mujeres y 140 fueron hombres. Por otro lado, en el año 2018, se registraron un total de 558 atenciones, de las cuales 417 fueron mujeres y 141 fueron hombres. En este sentido, quedó al descubierto el rol que se le asigna a la mujer como responsable de la garantía y reproducción del bienestar de salud, no solo de sus hijos sino también del resto del grupo familiar o de su entorno social. Es en este último aspecto sobre el cual me voy a enfocar en el desarrollo de este trabajo.

**Capítulo III:**  
*Sobre el cuidado*

## Economía feminista

El tema del cuidado ha sido abordado y traído a debate desde diferentes ejes de análisis feministas. Con el feminismo de la primera ola comienza la lucha por la superación de los obstáculos legales que impedían la igualdad entre hombres y mujeres, reivindicando la naturaleza de las mujeres y evidenciando la jerarquía de los sexos: lucha por el derecho al sufragio femenino, a los derechos de propiedad, a la educación, etc. Con la segunda ola feminista, se intenta traspasar el límite de la desigualdad oficial-legal para poder exponer demandas en relación a la sexualidad de las mujeres, el papel de la mujer en la familia y el trabajo. Es en este contexto que se comenzó a discutir la diferencia entre sexo y género, sosteniendo que el sexo, se encarga de dividir a los seres humanos de acuerdo a su sistema reproductivo, de manera binaria y que el género se trata de una categoría construida social y culturalmente, para clasificar a los seres humanos también de manera binaria: femenino y masculino. Como refiere Maffía (2007): *“En los años '70, las feministas introducen el concepto de "género" como una categoría analítica, diferente del sexo biológico, que alude a las normas culturales y expectativas sociales por las que machos y hembras biológicos se transforman en varones y mujeres.”* (Maffia, 2007: 14)

La ideología de género produce estereotipos y formas de organizar al mundo, afecta a varones y mujeres *“pero influye de modo diferente, creando en los varones la convicción de que sus experiencias expresan la humanidad (el "hombre" en sentido universal), mientras las de las mujeres aparecen, incluso para sí mismas, como lo otro o lo diverso, la "diferencia". La ideología de género no sólo genera estereotipos que afectan a varones y mujeres individuales, también organiza nuestro mundo natural, social y cultural, generando estructuras de interpretación incluso en ámbitos donde varones y mujeres no están presentes.”* (Ídem)

En este marco, se lograron conquistar Derechos Sexuales y Reproductivos y comenzó el debate sobre lo público y lo privado. La economía feminista surge en torno a estos debates e intenta centrar su análisis en el trabajo productivo y reproductivo, desarrollando la historia y el rol del cuidado en el funcionamiento del sistema económico.

Desde estos estudios se plantea que con el advenimiento de la división entre lo público y lo privado, y el avance de la revolución industrial, se fueron delimitando los espacios del trabajo productivo y reproductivo, devaluando el trabajo femenino y apartándolo del ámbito público. El desarrollo del sistema capitalista convocó a los hombres a insertarse a la esfera

industrial, posicionándolos como únicos proveedores de ingresos dentro del hogar, liberándolos de todas aquellas tareas realizadas en la esfera doméstica y asignando tales labores del hogar y la crianza a las mujeres:

*“... la ideología del liberalismo político dio pie al desarrollo del capitalismo de los hombres, entonces, fueron convocados a "salir" de la esfera doméstica -y el modelo de producción a pequeña escala- e ingresar al pujante sector industrial y sumar a su papel de "jefes de familia" el de "proveedores de ingresos para el hogar". A partir de esta dinámica, se construyó el modelo de trabajador (industrial y de tiempo completo) en clave masculina: sobre la imagen de un sujeto empleado de por vida, y único sostén económico del hogar -el llamado malebreadwinner-. Por lógica, esta responsabilidad eximiría a los hombres de participar en las tareas del hogar y de crianza, labores asignadas a las mujeres como principales responsables del funcionamiento del mundo "privado". (Faur, 2014: 27- 28)*

Así, el trabajo reproductivo, se vio como un trabajo forzado para las mujeres y pasaron a ser consideradas como “no trabajadoras” debido a que su labor quedó posicionada dentro del ámbito privado. El trabajo femenino se fue precarizando y definiendo de a poco como trabajo “doméstico”, inclusive cuando estos mismos trabajos se realizan por fuera del hogar.

*“Las proletarias encontraron particularmente difícil obtener cualquier empleo que no fuese de la condición más baja: como sirvientas domésticas” (Federici S, 2015:167).*

Las mujeres recibían mucho menos dinero que el trabajo que era realizado por los hombres, lo cual comenzó a imposibilitar a las mujeres de poder subsistir con ingresos propios y construir su autonomía económica. Estas condiciones continuaron alejando a las mujeres de lo público y reafirmando su rol como no asalariadas y cuidadoras del hogar, definiendo así una división sexual del trabajo, junto a la división internacional del trabajo.

La economía feminista dió lugar también a la promoción del concepto de economía del cuidado, el cual incluye a todas aquellas tareas para la garantía de la vida cotidiana de las personas, teniendo en cuenta también el autocuidado, las precondiciones del cuidado y su gestión:

*“En un sentido más amplio, el contenido del concepto refiere a todas las actividades y prácticas necesarias para la supervivencia cotidiana de las personas en la sociedad en la que viven. Incluye el autocuidado, el cuidado directo de otras personas (la actividad interpersonal de cuidado), la provisión de las precondiciones en que se realiza el cuidado (la limpieza de la casa, la compra y preparación de alimentos) y la gestión del cuidado (coordinación de horarios, traslados a centros educativos y a otras instituciones, supervisión del trabajo de cuidadoras remuneradas, entre otros).”* (Rodríguez, 2015:36)

De esta manera, el trabajo reproductivo que realizan las mujeres en el ámbito privado, garantiza la reproducción y funcionamiento del trabajo productivo en el ámbito público. Todas aquellas actividades que permiten el desarrollo de las personas hacen posible que se efectúen de manera eficaz todas aquellas acciones para el desarrollo del sistema económico capitalista, asegurando la reproducción de la fuerza de trabajo, es decir, cumplen una función esencial en el sostenimiento y progreso del mismo.

Las tareas de cuidado, entonces, quedarían enmarcadas en lo que se denomina trabajo reproductivo, ejercido fundamentalmente por identidades femeninas. Asimismo, Pautassi (2007) refiere que si bien el mundo productivo dejó de ser exclusivamente masculino, el mundo reproductivo, hasta el día de hoy continúa siendo femenino en su mayoría:

*“Lo relativo al cuidado de niñas y niños, de enfermos y de ancianos es relevante por varios motivos. Por una parte, plantea de forma concretamente visible la división sexual del trabajo entre el mundo productivo y el reproductivo, pues si bien la del trabajo productivo ha dejado de ser una esfera predominantemente masculina, el mundo de la reproducción sigue siendo aún mayoritariamente femenino. Las tareas de criar hijos y de atender a enfermos o personas con grados decrecientes de autonomía continúan siendo casi privativas de las mujeres, y ciertamente lo son en América Latina.”* (p.87).

## Aportes desde una mirada decolonial

La diferenciación entre sexo y género permitió interpelar los estereotipos hegemónicos y mandatos de lo que se entiende por hombre o mujer, pero también continuó produciendo una idealización de estos, ya que la noción de mujer dentro del feminismo era la representación de las mujeres blancas, heterosexuales y de clase media, lo cual ocasionó otras formas de exclusión.

Con la tercer ola feminista (iniciada a finales del siglo XX), se enmarcan los denominados feminismos decoloniales, los cuales expresaron críticas al modelo hegemónico de mujer construido hasta ese entonces, introduciendo aspectos como raza, clase, sexualidad, religión, nacionalidad, entre otros, y exponiendo que éstos imposibilitan la igualdad y producen otros mecanismos de opresión además de la opresión de género.

*“La raza no es ni más mítica ni más ficticia que el género –ambos son ficciones poderosas.”* (Lugones, 2008:94)

Según María Lugones (2008), la división sexual de género, es el producto de lo que ella llama un sistema moderno colonial de género. Esta autora se ha basado en los estudios realizados por Oyèrónké Oyěwùmí y Anibal Quijano. Concuerda con Quijano, en tanto coincide que la lógica del sistema de dominación actual es colonial y racista, entendiendo que la raza es una creación colonial que se utilizó para justificar la apropiación de los recursos naturales, la supremacía blanca y la división del trabajo. Pero Lugones suma a este análisis la similitud de la creación del concepto de la raza con el de género. Este último, se apoya en una lógica binaria, de mujeres y hombres, para justificar en este caso, la supremacía masculina, junto a la división de roles sociales dentro de la sociedad capitalista. Este sistema utiliza esta división de género en términos reproductivos para seguir reproduciendo La Raza (blanca) y La Clase (burguesa).

Nuestra sociedad está construida sobre un sistema moderno/colonial de género, que se fundamenta en una división binaria de los seres humanos, cuando existen más de dos categorías de sexo/género. Sirviéndose de los escritos de Oyěwùmí y Paula Gunn Allen, Lugones plantea que antes de la colonización occidental, la división de género binaria no era parte de todas las culturas del mundo, según Allen en algunas sociedades pre coloniales, no existía esta división sexual o no era estrictamente binaria, ya que por ejemplo, esta se construía a través de la

espiritualidad y no mediante características biológicas. Oyèwù mí por su parte explica que la organización social de los Yoruba (una civilización asentada en lo que hoy llamamos Nigeria) se basaba en la edad y no en roles reproductivos o no se les atribuía a estos tal importancia para su jerarquía social. Es así que el género al igual que la raza son conceptos que no existían antes de la colonización, se construyeron desde un sistema eurocentrista. En otras palabras, son un invento patriarcal, occidental y colonial. Es por esto que el concepto de “mujer” proveniente de esta lógica moderno/patriarcal fue colocado en una posición de inferioridad. Así, se construyó la división sexual del trabajo, con el rol de la masculinidad en el ámbito público y el femenino en el ámbito privado.

La colonialidad del poder, entendida en términos de Quijano, como el sistema derivado de la colonización, hizo y hace uso de la raza y el género para justificar la división sexual del trabajo. Es importante entender, que lo que este sistema entiende por mujer y su rol, lo hace en torno a las mujeres blancas, dejando de lado a aquellas comunidades no blancas. Estas comunidades, no fueron divididas entre hombres y mujeres en el proceso de colonización, sino que se las clasificaba en hembras y machos colonizados, eran percibidos como animales, salvajes y agresivos, con la fuerza y resistencia para realizar todos aquellos trabajos esclavos y forzados. Si bien para todas aquellas comunidades no blancas no existían estas divisiones de sexo/genero, a lo largo de la historia, se vieron obligadas a aceptar esta visión de la realidad patriarcal, la cual las pone más aun en desventaja.

Tanto Oyewù mí como Allen están interesadas en la colaboración y alianza entre hombres indígenas y hombres blancos para establecer la dominación sobre las hembras colonizadas. Los colonizadores blancos cooptaron a los machos colonizados para ocupar roles patriarcales. Pero también existió una parte de ellos que se resistió y resiste en la actualidad. Por ejemplo, dentro de las comunidades de pueblos originarios, hoy en día podemos encontrar a personas no binarias o trans, pero debido a que las identidades binarias atentan contra los objetivos del capitalismo, se las excluye socialmente y son obligadas a adaptarse a este modelo occidental. Este último también impone a la heterosexualidad como única orientación sexual válida, que sostiene un modelo de familia nuclear para asegurar la reproducción de mano de obra que el sistema capitalista necesita.

Esta sociedad entiende al sexo y al género como sinónimos, es decir, ser mujer implica pertenecer a un tipo de sexo/género femenino, el cual ha sido históricamente oprimido:

*“La asociación colonial entre anatomía y género es parte de la oposición binaria y jerárquica, central a la dominación de las anahembras introducida por la colonia. Las mujeres son definidas en relación a los hombres, la norma. Las mujeres son aquellas que no poseen un pene; no tienen poder; no pueden participar en la arena pública.”* (Oyewùmi, 1997:34).

Es sustancial conocer de donde surgen estas conceptualizaciones para poder afrontar las problemáticas de opresión a las mujeres desde una categoría de “mujer” que no esté centrada sólo en la mujer cisgénero, blanca, burguesa y heterosexual. El capitalismo junto al sistema patriarcal y sus roles de género, fue posible gracias a la colonización y subordinación de los pueblos indígenas. Todas aquellas verdades universales que conocemos sobre la opresión/dominación de las mujeres son solo un punto de vista dominante de estas. Lugones plantea la importancia de comprender de qué manera estaban organizadas las sociedades precoloniales para comprender el alcance de la imposición colonial y el sistema de género:

*“Entender el lugar del género en las sociedades precolombinas nos rota el eje de comprensión de la importancia y la magnitud del género en la desintegración de las relaciones comunales e igualitarias, del pensamiento ritual, de la autoridad y el proceso colectivo de toma de decisiones, y de las economías. Es decir, por un lado la consideración del género como imposición colonial—la colonialidad del género en el sentido complejo—afecta profundamente el estudio de las sociedades precolombinas, cuestionando el uso del concepto «género» como parte de la organización social. Por el otro, la comprensión de la organización social precolonial desde la cosmología y prácticas precoloniales son fundamentales para llegar a entender la profundidad y alcance de la imposición colonial. Pero no podemos hacer lo uno sin lo otro. Y, por lo tanto, es importante entender hasta qué punto la imposición de este sistema de género fue tanto constitutiva de la colonialidad del poder como la colonialidad el poder fue constitutiva de este sistema de género. La relación entre ellos sigue una lógica de constitución mutua.”* (Lugones, 2008: 93)

Otro de los grandes aportes que nos brindan los feminismos decoloniales es la lucha y resistencia a los procesos de explotación del medio ambiente, tales como la deforestación, la explotación de recursos naturales, el saqueo, privatización y contaminación de tierras y recursos hídricos. Puesto que para garantizar la vida de las generaciones actuales y futuras, es preciso frenar la degradación ambiental, el cuidado es también ecodependiente.

Este tema es de vital importancia en lo que respecta a la cuestión del cuidado, ya que paliar los efectos del deterioro del medio ambiente es una responsabilidad que recae directamente en las mujeres producto de la división sexual del trabajo. A la hora de llevar a cabo las tareas de cuidado necesarias para la subsistencia del planeta y la población, se debe tener en cuenta también la desigualdad de género existente en el acceso a los recursos naturales, servicios públicos e infraestructura.

El sistema productivo capitalista extrae y explota los recursos obtenidos desde la naturaleza como si estos fuesen insumos inacabados e ilimitados para la sostenibilidad de la actividad económica. La expansión de este modelo de desarrollo genera procesos de explotación de la naturaleza, y trae con ello consecuencias que afectan directamente a los territorios, la salud, el bienestar y calidad de vida de la población. Esto trae como resultado la explotación del tiempo, energía y cuerpo de las mujeres. La falta de provisión de servicios de cuidado para el abordaje de los impactos producidos en el ecosistema y en los cuerpos de las personas obliga a las mujeres a enfrentar los efectos de la degradación ambiental mediante una mayor carga de tareas de cuidado, necesarias para asegurar el bienestar y la salud familiar, del entorno y la comunidad. En consecuencia, todo aquello que afecte al medio ambiente y afecte la salud de la población, genera un incremento en la carga de trabajo de cuidados que las mujeres realizan. Esto se profundiza en aquellos territorios más desfavorecidos, como las zonas rurales o barrios populares, en donde hay menor posibilidad de acceso a servicios públicos y privados, las distancias son mayores, lo que requiere de más tiempo y dinero, las calles o caminos se encuentran en mal estado, no se accede de igual manera al transporte público o la población se ven afectada por las condiciones habitacionales, sanitarias y de infraestructura.

Debido a la situación y condiciones que vivencian estos territorios, surgen también redes de cuidados comunitarios, conformadas fundamentalmente por mujeres, con el objetivo de protegerse y acompañarse en estas desventajas por las cuales se ven atravesadas. Muchas de estas mujeres llevan adelante comedores comunitarios y ollas populares, o cuidan de hijes de otras mujeres (para que sus madres puedan realizar alguna actividad) como respuesta a la falta de acceso a servicios y políticas de cuidado. La cercanía y los lazos de proximidad ocupan un lugar central en el cuidado comunitario, pero para dejar de reproducir inequidades, es necesario no caer en la romanización de las comunidades y sus redes, ya que estas surgen de las desigualdades sociales existentes en la provisión de cuidado familiar y social: las poblaciones con mayores recursos contemplan y tienen acceso a mayores servicios de cuidados que las

poblaciones de menores recursos, que debido a sus desventajas no acceden o no pueden pagar por estos servicios, generando una mayor carga de trabajo doméstico

La comunidad y sus redes ocupan un lugar fundamental en la organización social de los cuidados, junto al Estado, las empresas, los hogares y familias. Como en la mayor parte de las esferas del cuidado, las mujeres ocupan un papel fundamental también en la gestión del trabajo comunitario. Así, la reproducción humana y el sostenimiento de la vida se vuelve posible gracias a las actividades de cuidado que ejecutan día a día para garantizar una vida digna, trabajando de manera no remunerada por el bienestar de las personas y un entorno adecuado.

### Corresponsabilidad

Si bien el análisis de las dicotomías producción/reproducción y ámbito público/privado contribuyeron a poder vislumbrar el trabajo realizado históricamente por las mujeres, el cual fue ocultado por mucho tiempo, también existen otros factores implicados y necesarios para hacer efectivos los procesos de transformación necesarios y que estos no se vean limitados.

En los debates presentes sobre el cuidado se intenta poner énfasis también en la reorganización y reparto de las tareas entre mujeres y hombres dentro de los hogares, y en servicios de cuidados públicos y privados que el Estado y el ámbito privado deben proveer. Se vuelven a traer a discusión temas como el concepto de familia, las relaciones, la convivencia y la responsabilidad compartida.

La familia se fue configurando, a lo largo de la historia, de una manera estereotipada, por lo que volver a ésta y entenderla como institución social, implica dejar de considerarla un espacio incuestionable e incluir la división de tareas en el hogar. Ya no basta con conceptualizar a la familia sino más bien, resulta necesario poder comprender que esta nos atraviesa y a partir de esto, hacer una reflexión desde diferentes dimensiones. También, contextualizar esta institución social dentro de los diferentes sucesos históricos que fueron aconteciendo en nuestra sociedad, ya que observar a la familia desde una mirada única y estática, podría contribuir a seguir reproduciendo las normas y mandatos sociales basados en un modelo familiar patriarcal.

Desarmar y desnaturalizar la estructura de familia “tipo”, nos brinda la oportunidad de salir de la familia enmarcada en la monogamia y la heterosexualidad, y cuestionarnos sobre los roles de género y sexualidad para comprender que no existe una única manera convivir y relacionarnos, sino que existen diversos tipos de familias, con diferentes tipos de organización, conformados por diferentes vínculos (sanguíneos o no), diferentes condiciones económicas y sociales, diferentes sexualidades, etc.

Pensar a las familias como un espacio de producción y reproducción, donde se generan relaciones de género y de cuidado, permite reconocer las tareas que las mujeres realizan dentro de éstas, teniendo en cuenta el tiempo, esfuerzo y energía que se dedica para poder garantizar su vida cotidiana y promover la corresponsabilidad de las tareas de cuidado.

Hablar de corresponsabilidad implica cuestionar el rol de los varones y sus privilegios para repensar maneras diferentes de vincularse y comprometerse en los trabajos de cuidados. En tiempos anteriores primaba el rol del hombre como proveedor económico y el de la mujer como cuidadora, pero las mujeres luego comenzaron a ingresar al ámbito productivo, lo que generó un doble rol en la mujer, como cuidadora y proveedora, sin embargo, se sigue asociando el rol de los hombres a proveedores de recursos económicos para el sustento de la familias, disociándolos del trabajo de cuidado. La identidad masculina hegemónica se basa además, en prácticas que exponen a los hombres a demostrar su masculinidad en situaciones que incluso ponen en peligro su seguridad, como por ejemplo, ejercer la violencia como mecanismo de resolución de conflictos, para demostrar ser fuertes y viriles. Llamamos Nuevas Masculinidades al paradigma que intenta problematizar rasgos, roles y formas de expresar la masculinidad que históricamente han estado asociadas a su género y que proponen fomentar el involucramiento en las tareas del hogar, buscando que la carga sea repartida y equitativa. La corresponsabilidad trata de reconocer la carga diferencial de trabajo de cuidados entre hombres y mujeres para acabar con las prácticas patriarcales imperantes que las ubican como responsabilidad de las mujeres y revalorizar las actividades vinculadas al cuidado, entendiendo que son acciones necesarias para el sostenimiento de la vida.

La corresponsabilidad también requiere del accionar del ámbito público y privado, dado que la desigualdad del cuidado se ve atravesada tanto por la inequidad de género como la social, es decir, quienes disponen de menores recursos se enfrentan a desventajas que producen una sobrecarga en las tareas de trabajo doméstico y familiar. Es por esto que se les exige al Estado y las empresas privadas reconocer y valorar los cuidados mediante la provisión de servicios,

infraestructuras y políticas de protección social para promover la responsabilidad compartida dentro del hogar y la familia, por ejemplo, a través servicios de cuidado gratuitos que acompañen las jornadas laborales, mediante el incentivo de las licencias paternas y parentales o asegurar que cuestiones relacionadas al cuidado no afecten el ingreso salarial de las personas.

En resumen, el cuidado y su necesaria reorganización social requiere apartar la idea de la familia como única proveedora de tareas domésticas y de cuidado (considerando que esto obliga a las mujeres a adaptar sus horarios y prioridades a fin de garantizar el cuidado) e intentar transicionar a una perspectiva que proponga la corresponsabilidad entre el Estado, las empresas, las familias y organizaciones, integrando la esfera laboral y doméstica.

### Cuidar, ser cuidado y autocuidado desde un enfoque de derechos

Hoy en día, gracias a los esfuerzos de los movimientos feministas, se logró visibilizar y poner en discusión el trabajo no remunerado. Pero si bien se avanzó en ese sentido, actualmente este trabajo se sigue reproduciendo de la misma manera y, como mencioné anteriormente, a este se le sumó el trabajo realizado en el mercado laboral remunerado, en donde también prima la desigualdad.

Según un documento publicado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos publicado en 2020: en Argentina las mujeres dedican menos horas a trabajos remunerados que los varones pero insumen más tiempo en trabajos no remunerados (tareas domésticas, cuidado de personas y servicios a la comunidad), la suma de estos dos se traducen en una doble jornada laboral. También refieren que las asimetrías entre varones y mujeres se mantienen constantes en términos estructurales sin importar el tipo de hogar, la situación de pobreza o el nivel del ingreso per cápita familiar y se observa una importante desigualdad al interior del universo de las mujeres en función del nivel de ingresos. Aquellas que viven en hogares de menores ingresos dedican más tiempo al trabajo no remunerado que las de hogares de mayores ingresos.

El trabajo de cuidado todavía sigue sin ser reconocido como un trabajo especializado y complejo, que requiere de tiempo y energía para realizarlo, por el contrario, se sigue sosteniendo y presuponiendo una naturalización y disponibilidad de las mujeres para realizarlo de manera hábil, como si de un don se tratase. En consecuencia, estos factores provocan que muchas mujeres no logren construir autonomía económica.

Por su parte los varones siguen participando de manera minoritaria en el trabajo de cuidado. Culturalmente los hombres siguen sin verse implicados o comprometidos en lo que respecta a estas tareas. Si bien hay quienes se hacen cargo del cuidado de sus hijos, no hay demasiada participación en lo que respecta a la limpieza del hogar y cuidado de adultos mayores. De esta manera se profundizan aún más las desigualdades en la distribución de tareas y responsabilidad de cuidados dentro de nuestra sociedad.

En lo que respecta al ámbito regulatorio, en el sector laboral remunerado, por ejemplo, las normas relacionadas al cuidado son dirigidas principalmente a mujeres. En nuestro país, la licencia por paternidad, no está contemplada para varones o se les dispone solo algunos días desde el nacimiento de su hijo.

Pese a que en los últimos años se comenzaron a plantear propuestas para ampliar el tiempo e infraestructura de cuidados, es necesario que éstas no queden arraigadas solo a la condición de trabajador o trabajadora formal, ya que existe una gran parte de la sociedad Argentina que se encuentra trabajando dentro del ámbito laboral informal o desempleada. Para que exista una efectiva distribución social del cuidado es esencial que el Estado reconozca el trabajo de cuidado desde una perspectiva de Derechos Humanos. Entender al cuidado como un derecho humano implica apartarlo de cualquier condición de acceso, y de esta manera adquiere carácter universal:

*“...el enfoque de derechos humanos apunta esencialmente a ese otorgamiento de poder (empoderamiento) por la vía del reconocimiento —y ejercicio— de derechos. Una vez introducido este concepto en el contexto de la adopción de políticas, el punto de partida no consiste en reconocer la existencia de ciertos sectores sociales que tienen necesidades no cubiertas, sino fundamentalmente la existencia de personas que tienen derechos que pueden exigir o demandar, esto es, atribuciones que dan origen a obligaciones jurídicas de parte de otros y por consiguiente al establecimiento de mecanismos de tutela, garantía o responsabilidad. En otros términos, el derecho al cuidado y a cuidar(se) debe ser considerado un derecho universal de cada ciudadano y cada ciudadana, no sujeto a una determinación específica.” (Pautassi, 2007:31)*

A lo largo de nuestras vidas todos necesitamos del cuidado de otras personas, o cuidamos a otros, por lo cual esto define al cuidado como un derecho. El cuidar, ser cuidado y

el autocuidado hacen posible el abastecimiento de nuestras necesidades básicas y nuestra vida cotidiana.

Al abordar este tema desde la perspectiva de derechos humanos, el Estado y también el ámbito privado, deben responder para asumir las responsabilidades que este implica como tal.

*“...el reconocimiento del cuidado como derecho implica incorporar estándares y principios a la actuación de los Estados en las situaciones concretas en base a principios de derechos humanos como los señalados (universalidad, indivisibilidad e interdependientes) por lo que Estado debe garantizar todos los derechos: civiles, políticos (DCP) y económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCA), al mismo tiempo que rige la extraterritorialidad, con lo cual la condición de sujeto portador de derechos se aplica a cualquier contexto y jurisdicción, entre otros principios. Estos estándares pasan a integrar una matriz común aplicable en la definición de las políticas y estrategias de intervención tanto de los Estados como de los actores sociales, como también para el diseño de acciones para la fiscalización y la evaluación de políticas públicas, como también la consecución de políticas y prácticas equitativas, y produce indicadores para la verificación de su cumplimiento, los cuales cobran una centralidad indiscutible para garantizar los derechos de cada persona que deba cuidar y a su vez pueda cuidarse, como también para quienes necesitan ser cuidados.”*  
(Pautassi, 2018: 731)

De esta manera, cada Estado debe actuar para que el cumplimiento del cuidado como derecho humano se garantice a través de recursos que se materialicen en políticas públicas transversales y en la promoción de la igualdad, para contribuir asimismo a un cambio simbólico. De lo contrario, la invisibilización de esta problemática se acentúa y su responsabilización sigue recayendo sólo sobre una parte de la población, la cual también tiene derecho a garantizar su autocuidado y ser cuidada.

Considerando lo anterior, es sustancial también implementar estrategias de control de cumplimiento de esas responsabilidades asumidas, que contengan datos cuantitativos y estadísticos que reflejen los cambios producidos a través de las acciones o decisiones llevadas a cabo. Estos datos permiten demostrar que la problemática está siendo abordada de manera eficaz y que el Estado está cumpliendo con la obligación que le incumbe. Como muchas otras

cuestiones, ésta puede encontrar su dificultad en su etapa de implementación, por lo que evidenciar su abordaje mediante cambios verificados, evitaría obstáculos en el proceso.

Es fundamental que el cuidado nos interpele a todes como sociedad y represente una obligación tanto para los Estados como para los sectores privados y la población en su totalidad, a fin de lograr una efectiva disminución de la brecha de desigualdad entre hombres y mujeres, tanto material como culturalmente, solo así las mujeres van a poder finalmente obtener autonomía y garantizar su derecho a ser cuidadas sin impedimentos. Abordar al cuidado en calidad de derecho humano requiere de la implementación de un sistema integral de cuidado, o sociedad de cuidado que provea, reconozca y distribuya este trabajo a partir de políticas sociales, servicios e infraestructura teniendo en cuenta a sus principales actores, es decir, el sector público, el sector privado, las familias y organizaciones comunitarias. Además, cabe destacar, la importancia de contemplar las particularidades de las poblaciones específicas, con el objetivo de abarcar las diversas realidades y no reproducir ciertas discriminaciones.

## **Capítulo IV:**

### ***El cuidado en nuestro país hoy***

## Pandemia: el cuidado en la agenda pública

En nuestro país, el cuidado adquirió interés general en la población a partir de las movilizaciones y paros feministas, pero logró ubicarse en la agenda pública de manera más significativa a partir de la emergencia sanitaria ocurrida en el año 2020, provocada por los contagios de COVID-19, que desencadenaron una pandemia. Esto llevó a los países a tomar las medidas sanitarias necesarias para evitar la propagación del virus, entre ellas la cuarentena y distanciamiento social. Frente a esto las familias debieron quedarse en el hogar (considerando las diferentes realidades socioeconómicas atravesadas), lo que puso en evidencia la importancia de las tareas de cuidado para el sostenimiento de la salud y bienestar de todas las personas. Si bien existieron diversos modos de atravesar el aislamiento debido a los diversos contextos familiares, hubo un factor común, las mujeres no solo continuaron realizando las tareas del hogar pre pandemia, sino que se les sumaron nuevas tareas de cuidado producto de las medidas sanitarias, como por ejemplo, la enseñanza y seguimiento diario escolar en el hogar o el teletrabajo. La ejecución de estas múltiples tareas con escaso o nulo tiempo de descanso, llevó a una sobrecarga y sobreexigencia de las mujeres, de sus cuerpos y mentes. De este modo, la cuarentena no solo evidenció la relevancia de las tareas de cuidado para el sostenimiento y la calidad de vida, sino que también puso al descubierto su desigual distribución.

Por otro lado, cabe mencionar, que el confinamiento llevó a muchas mujeres a convivir con sus agresores, debido a la obligación de compartir de manera permanente el espacio de convivencia con estos, generando un riesgo para su bienestar e integridad física y mental. Así es como las situaciones de violencia de género durante la cuarentena se vivenciaron de manera más preocupante, teniendo en cuenta además, la falta de disponibilidad de servicios y el debilitamiento de las redes personales y sociales en las cuales apoyarse.

Otra cuestión a tener en cuenta durante este contexto, es la de los trabajadores de la salud, quienes pasaron a ocupar un rol muy importante en el cuidado de la población. Gran parte del personal de salud y esencial estaba ocupado por mujeres; médicas, enfermeras, auxiliares de salud, de limpieza, bioquímicas, farmacéuticas, etc., las cuales a su vez, no quedaron exentas de las tareas de cuidados (anteriormente mencionadas) dentro de sus hogares.

El cuidado en tiempos de pandemia comenzó a aparecer por todos lados, pero las tareas de cuidado que fueron tomando relevancia no eran exclusivas de la pandemia sino que son actividades que estuvieron y están presentes todo el tiempo de manera invisibilizada. A partir

de todo esto, el Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad comenzó a tratar uno de los principales generadores de desigualdad de género: la desigual distribución del cuidado.

### Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado

En febrero de 2020, el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad impulsó la creación de una Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado. Esta se encuentra integrada por 15 organismos que tienen incidencia en la organización social de los cuidados: MMGyD; Ministerio de Desarrollo Social; Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; Ministerio de Educación; Ministerio de Salud; Ministerio de Economía; Ministerio de Desarrollo Productivo; Ministerio de Obras Públicas; Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI); ANDIS (Agencia Nacional de Discapacidad); ANSES (Administración Nacional de la Seguridad Social); AFIP (Administración Federal de Ingresos Públicos); INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos), INAES (Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social) y el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. Es así, que el Gobierno Nacional conducido por el Presidente de la Nación, Alberto Fernández y la Vicepresidenta, Cristina Fernández de Kirchner, contribuyó a ubicar a los cuidados dentro de la agenda política, uno de los temas pilares dentro del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad.

La Mesa se propuso trabajar desde un espacio que considere las especificidades de las diferentes poblaciones y la interrelación de los organismos que la conforman, apuntando hacia un abordaje integral de los cuidados. Durante todo el año 2020, la Mesa participó en 8 reuniones multi-actorales y otras bilaterales para dar respuestas a las demandas que la pandemia impuso. Asimismo, elaboró recomendaciones en materia de cuidados que fueron elevadas al Comité de Crisis, documentos de consenso, de acceso a derechos por parte de la ciudadanía, resoluciones y también intervino en la redacción de decretos presidenciales. En paralelo, los organismos participaron de las rondas de sensibilización y Parlamentos Territoriales del Cuidado en el marco de la Campaña “Cuidar en igualdad. Necesidad, derecho, trabajo”, lanzada en agosto de 2020.

### Mapa Federal de cuidados

En Julio del 2021, el Gobierno Nacional presentó el Mapa Federal de Cuidados. Este permite localizar la oferta de espacios y servicios de cuidado para primeras infancias, adultos

mayores y personas con discapacidad en todo el país a través de una web interactiva. El Mapa fue desarrollado por el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, junto al apoyo del Ministerio de Desarrollo Social, de Educación, de Obras Públicas, de Salud, de Trabajo, la Agencia Nacional de Discapacidad, el Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social, PAMI y el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales.

Para el desarrollo del Mapa se estableció un acuerdo de colaboración con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en el marco del programa Primera Infancia y Sistema Integral de Cuidados, del Fondo Conjunto para los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas.

El Mapa permite acceder a la ubicación geográfica de diferentes organizaciones, instituciones educativas y servicios que brindan cuidados o formación en cuidados. Se pueden encontrar servicios, instituciones educativas y cuidados para:

- Infancias: Servicios e instituciones de cuidados, desarrollo y educación de las infancias.
- Personas con discapacidad: Servicios e instituciones de atención inclusiva para personas con discapacidad.
- Personas mayores: Servicios e instituciones que promueven la integración social, la asistencia socioterapéutica y los cuidados integrales a personas mayores.
- Formación en cuidados: Se incluyen centros de formación profesional, carreras de educación superior y otras instancias educativas, así como instituciones que brindan acompañamiento y orientación vinculada al trabajo en cuidados.

Este proyecto surgió, luego de que la pandemia saque a la luz las desigualdades en la distribución de los trabajos de cuidado, con el objetivo de visibilizar todos aquellos espacios de cuidados existentes dentro de nuestro país, junto a una actualización permanente de estos. El Gobierno Nacional se propuso mediante esta acción, detectar necesidades en materia de cuidados, como también trabajar para mejorar la calidad de los servicios. Asimismo, desde la CEPAL, se planteó que la creación de este recurso, representó un gran paso en la elaboración de un sistema integral de cuidados.

## Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo (ENUT)

Desde el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) con el objetivo de ampliar el mapa estadístico y acoplarse a las transformaciones que atraviesan las sociedades, presentó en Junio del 2020, La Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT), en la cual se encontraba trabajando desde 2019. Mediante las encuestas del uso del tiempo “... *se puede medir el porcentaje de tiempo destinado al mercado laboral, pero también al trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, su distribución al interior de los hogares entre varones y mujeres y entre diferentes estratos económicos, y realizar una estimación cuantitativa de su contribución a la generación de valor económico* (Aguirre y Ferrari, 2013).

En cuanto antecedentes de encuestas del uso del tiempo en nuestro país, según el INDEC (2020): “*la primera medición de uso de tiempo se efectuó en 2005, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), utilizando un diario de actividades en formato papel como módulo de una encuesta de hogares. La segunda medición tuvo lugar en la Ciudad de Rosario en 2010, con una encuesta específica que contenía un diario de actividades y un módulo de voluntariado. En 2016 se llevó a cabo la segunda medición del uso del tiempo en CABA, ya no como un módulo, sino como una encuesta independiente, con el diario aplicado a través de un dispositivo móvil.*”

Por su parte el INDEC, en el tercer trimestre de 2013, aplicó un módulo de uso del tiempo y trabajo no remunerado en la Encuesta Anual de Hogares Urbanos (EAHU), para el total de localidades de 2.000 y más habitantes, pero este módulo contaba con ciertas limitaciones, entre ellas, el acotado listado de actividades incluidas en el módulo, y la definición de “una hora” como criterio de captación de actividades no remuneradas.

A partir de los resultados arrojados por esta encuesta, se pudo dar cuenta de algunas cuestiones: que el uso del tiempo de la población es diferencial según determinadas características tales como el lugar de residencia, la edad, los ingresos, la situación ocupacional y, principalmente, el sector socioeconómico y el sexo; que las mujeres dedican menos horas a trabajos remunerados que los varones pero insumen más tiempo en trabajos no remunerados (en el caso de la existencia de una doble jornada laboral genera una reducción de tiempo destinado a la realización de actividades personales, descanso y ocio para las mujeres); que en promedio, las mujeres dedican el doble de tiempo que los varones al trabajo no remunerado (tareas domésticas, cuidado de personas y servicios a la comunidad) y que existe una importante desigualdad al interior del universo de las mujeres en función del nivel de ingresos. Aquellas que viven en hogares de

menores ingresos dedican más tiempo al trabajo no remunerado que las de hogares de mayores ingresos.

En abril de este año, 2022, se publicaron los resultados preliminares de la primera ENUT, realizada entre octubre y diciembre del año 2021. La misma fue llevada a cabo por la Dirección de Estudios de Ingresos y Gastos de los Hogares (DEIGH) y la Dirección de Estadísticas Sectoriales (DES) del INDEC, junto a las direcciones provinciales de estadística (DPE) de todo el país, en una muestra de 28.520 viviendas representativas del país, dentro del contexto general de la pandemia de la COVID-19. La encuesta consta de dos bloques temáticos: uno orientado a caracterizar el hogar y otro individual en la que se selecciona a una persona de 14 años o más al azar dentro del hogar con el fin de relevar la participación e intensidad que las personas les dedican a las distintas actividades a lo largo del día.

De acuerdo con la clasificación estadística internacional adoptada, entre las actividades que realiza la población se distinguen tres grandes grupos: las actividades personales (no productivas) que incluyen el cuidado a sí mismo; las actividades relacionadas con el trabajo en la ocupación y la producción de bienes para el autoconsumo; y aquellas las relacionadas con el trabajo no remunerado, que incluye el trabajo doméstico, el cuidado a miembros del hogar, y el cuidado para otros hogares, para la comunidad y voluntario.

De los resultados de esta publicación preliminar, se destaca que:

- El 45,8% de las personas de 14 años y más, realiza trabajo en la ocupación y actividades relacionadas, y un 83,1% lleva a cabo tareas de trabajo no remunerado.
- En el trabajo en la ocupación, el porcentaje de varones que lo realiza (55,5%) supera al de sus pares mujeres (36,9%). En cambio, las mujeres desarrollan el trabajo no remunerado en mayor proporción: el 91,6% realiza trabajo doméstico, de cuidado o de apoyo a otros hogares o voluntario, mientras que en el caso de los varones lo hace el 73,9%.
- La proporción de varones con nivel educativo bajo –hasta primario incompleto– que realiza trabajo en la ocupación es del 42,9%, casi el doble que la de las mujeres de igual nivel educativo (22,4%). En cambio, en el nivel más alto –terciario o universitario incompleto y más– la diferencia en la tasa de participación de varones y mujeres es menos de un tercio.

- En el trabajo doméstico, la actividad de las mujeres alcanza casi el 90%, mientras que entre los varones se ubica en el 68,3%.
- En relación con las tareas de cuidado no remunerado dentro del hogar, la participación de las mujeres supera el 30%; en cambio, la de los varones no alcanza el 19%.
- La participación en el trabajo voluntario realizado para la comunidad, para instituciones sin fines de lucro y como apoyo para otros hogares está feminizada: la participación de los varones representa dos tercios de la de las mujeres (8,9% para mujeres frente a 5,8% para varones).
- Con relación al trabajo no remunerado por edad, la realización de tareas se incrementa con el tiempo: en el grupo de 14 a 29 años alcanza al 74,2%; en las edades centrales aumenta al 86,6%; y, finalmente, entre quienes tienen 65 años o más supera el 89%.
- Finalmente, dentro de las actividades personales, el 90,4% de las personas hace uso de medios de comunicación; el 50,0% realiza actividades de convivencia y recreación; y el 13,9% de las personas tiene alguna actividad vinculada al estudio. En estas actividades no se observan diferencias en las tasas de participación por sexo.

En esta primera etapa se presentó la tasa de participación de la población en cada una de las actividades, y el análisis de las diferencias por sexo y de las variables sociodemográficas seleccionadas. En la segunda etapa se incluirán otras dimensiones que permitirán un análisis más complejo, como los indicadores de tiempo promedio por actividad a nivel del total de población, la caracterización de la población según la simultaneidad de actividades y las estrategias que desarrollan los hogares para organizar el cuidado de aquellos miembros que lo demandan.

### Decreto 475/2021. Reconocimiento de tareas de cuidado

En Agosto del año 2021, el Gobierno Nacional mediante la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS) implementó el Programa de Reconocimiento de Aportes por Tareas de Cuidado con el objetivo de reconocer el trabajo de aquellas mujeres que dedicaron años de vida a cuidar de sus hijos. El trámite permite el reconocimiento de hasta 3 años de trabajo formal por cada hijo para complementar los años de aportes necesarios para el acceso a una jubilación. La iniciativa surgió a partir de la puesta en evidencia por parte de las medidas preventivas de aislamiento social obligatorias provenientes de la pandemia por COVID-19. Estas dejaron al descubierto el esfuerzo que implica realizar y sostener las tareas domésticas y

de cuidado, las cuales permitieron visibilizar las inequidades de género producidas por la desigual división de las mismas, que afectaron profundamente a las mujeres frente a tal contexto.

El Estado Nacional desplegó varias medidas de Seguridad Social para abordar la crisis socioeconómica provocada por la pandemia, entre ellas el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE), una prestación monetaria no contributiva, destinada a trabajadoras y trabajadores informales, personas desocupadas y monotributistas de las categorías más bajas. Esta medida tuvo un alcance de nueve millones de personas aproximadamente, y a partir del inicio de los pagos realizados por ANSES, se detectó que alrededor de ciento 150.000 mujeres mayores percibieron dicho beneficio, dado que no estaban alcanzadas por ninguna cobertura previsional y tenían la edad de retiro cumplida. Según las bases informáticas de ANSES, alrededor de 310.000 mujeres de entre 60 y 64 años de edad no cuentan con un beneficio previsional ni tampoco pueden jubilarse por no acumular los años suficientes de aportes.

Teniendo en cuenta esto, el Poder Ejecutivo Nacional optó por una medida de carácter excepcional. A partir de este decreto: se computa 1 año de aportes por hijo nacido con vida o 2 años de aportes por hijo adoptado, además un reconocimiento adicional de 1 año por hijo con discapacidad y un reconocimiento adicional de 2 años en caso de que haya sido beneficiaria de la Asignación Universal por Hijo por al menos 12 meses continuos o discontinuos.

Por otro lado, también se reconocen los plazos de licencia por maternidad y de su período de excedencia, como tiempo de servicio a las personas gestantes que hayan hecho uso de estos períodos al momento del nacimiento de sus hijos. Con respecto a esto, cabe destacar que una de las condiciones para que este periodo se reconozca es que la mujer o persona gestante que haya contemplado la licencia debe haberse reincorporado a su actividad laboral con el mismo carácter con el que lo desarrollaba y haya retornado la misma actividad que realizaba al momento de comenzar la licencia.

El decreto hace uso de las estadísticas arrojadas por el INDEC (El Instituto Nacional de Estadística y Censos) para dar cuenta del panorama actual de las mujeres en el mercado laboral, haciendo hincapié en la participación y las condiciones de trabajo de las mismas : *“la participación de las mujeres en el mercado de trabajo ha ido incrementándose en las pasadas décadas, no obstante lo cual se corrobora una fuerte desigualdad respecto de la participación y las condiciones de trabajo de sus pares varones en todos los indicadores, arrojando los datos*

*de EPH INDEC en el tercer trimestre del año 2020: tasas de actividad de CUARENTA Y CINCO COMA CUATRO POR CIENTO (45,4 %) para las mujeres y SESENTA Y CUATRO COMA CINCO POR CIENTO (64,5 %) para los varones; de empleo de TREINTA Y NUEVE COMA CUATRO POR CIENTO (39,4 %) para las mujeres y CINCUENTA Y SIETE COMA SIETE POR CIENTO (57,7 %) para los varones; e índices de desocupación del TRECE COMA UNO POR CIENTO (13,1 %) para las mujeres contra el DIEZ COMA SEIS POR CIENTO (10,6 %) para los varones. Que la contracara de estas mayores dificultades que enfrentan las mujeres para insertarse en el mercado de trabajo registrado tiene una relación directa con la división sexual del trabajo, que asigna roles de género a las diferentes actividades y que históricamente ha delegado a las mujeres el trabajo reproductivo y las tareas indispensables para garantizar el cuidado, bienestar y supervivencia de las personas del hogar, mientras que el trabajo productivo, que se realiza de manera remunerada en el mercado, aparece asociado tradicionalmente a los varones.”(Decreto 475/2021, 2021)*

Se retoman también, las encuestas del Uso del Tiempo y de Trabajo No Remunerado realizadas en el año 2013 en nuestro país: “en el año 2013 se realizó en la Argentina la Encuesta sobre Trabajo No Remunerado y Uso del Tiempo (EAHUIINDEC, 2013), el que verificó que las mujeres realizan el SETENTA Y SEIS POR CIENTO (76 %) de las tareas domésticas no remuneradas, y que el OCHENTA Y NUEVE POR CIENTO (89 %) de las mujeres se ocupan de tareas domésticas no remuneradas por una carga de al menos SEIS COMA CUATRO HORAS (6,4 hs.) al día.” (Ídem)

En el mismo documento se destaca que todos estos datos exponen una notable feminización de la pobreza a raíz de la situación laboral que las mujeres atraviesan, partiendo del hecho de que son las que sufren los peores niveles de desocupación, precarización e informalidad laboral, trayendo como consecuencia, dificultades para la acumulación de capital social en las edades avanzadas.

Si bien esta medida viene a facilitar el acceso a una jubilación de muchas mujeres y personas gestantes, quedan muchas cuestiones por trabajar, debido a que la condición principal para el acceso es ser madre, dejando por fuera a aproximadamente la mitad de las mujeres que no pueden acceder a este beneficio pero que dedicaron o dedican gran parte de su vida a la realización de tareas de cuidado a terceros que no son hijos (por ejemplo, familiares, adultos mayores o personas con discapacidad) y a tareas domésticas. Es decir, se reconocen las tareas

de cuidado pero solo en el caso de mujeres madres o personas gestantes, no contemplando otras realidades y reforzando ciertos mandatos sociales de género. Aunque el Decreto toma en cuenta los datos estadísticos arrojados por las encuestas del Uso del Tiempo y de Trabajo No Remunerado, no se reconocen los años de tareas domésticas por sí solas.

El decreto remarca además las desigualdades en cuanto a participación y condiciones laborales entre hombres y mujeres, pero esta medida sólo incide en reducir la brecha de acceso a una jubilación, no logra alcanzar las demás disparidades existentes en el ámbito laboral que se mencionan, como la brecha en cuanto a ingresos o desigualdad de acceso a un trabajo registrado. Si bien se aclara que la medida es de carácter excepcional, queda claro que este debate merece su lugar en el Congreso, para poder abordar la división sexual del trabajo de una manera más superadora.

### Cuidados en la Provincia de Santa Fe y la Ciudad de Rosario

Dentro de las principales políticas públicas relativas al cuidado en la provincia, se encuentran el programa “Cuidar Santa Fe” y “Programa Masculinidades por la Igualdad”:

#### - **Programa Cuidar Santa Fe**

Este programa fue impulsado por el Ministerio de Igualdad, Género y Diversidad de la provincia, que apunta a construir un Sistema Integral de Cuidados que jerarquice y democratice las tareas de cuidado, garantizando el derecho a recibir cuidado, cuidarse y cuidar en condiciones de calidad, igualdad y corresponsabilidad en todo el territorio de la provincia. En su implementación, se propone como primer paso, la elaboración de un diagnóstico común sobre las formas en las que se organiza socialmente el cuidado en Santa Fe mediante una Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado, un Registro Público de Espacios, Instituciones y Servicios, donde se brindan cuidados comunitarios privados y estatales y el Mapa Provincial del Cuidado.

#### - **Programa Masculinidades por la Igualdad**

Impulsado también por el Ministerio de Igualdad, Género y Diversidad, intenta promover la implicación y participación de los varones en la construcción de una sociedad libre de violencias. Este Programa cuenta con el impulso del Fondo de Poblaciones de la Naciones Unidas (UNFPA) y la contribución del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

(PNUD), el cual recientemente ha desarrollado el curso “Masculinidades Corresponsables. Promoviendo la participación de los varones en los trabajos de cuidados”.

En lo que respecta a Políticas Públicas de cuidado de la Municipalidad de Rosario, se destaca el **Plan Cuidar**:

El **Plan Cuidar** implica, por un lado, la unificación de todos los equipos, recursos y acciones del Estado municipal para trabajar en forma conjunta la inclusión y el cuidado de las personas que más lo necesitan en cada uno de los barrios de la ciudad y, por otro lado, la convocatoria a todas las organizaciones de la ciudad a sumarse a esta red de cuidados y trabajar en las líneas de intervención del plan. Desde este programa se plantean siete líneas de intervención que articulan acciones prioritarias de las secretarías: Desarrollo Humano y Hábitat, Salud Pública, Cultura y Educación, Deporte y Turismo, Género y Derechos Humanos, Modernización y Cercanía, Desarrollo Económico y Empleo, y Ambiente y Espacio Público.

El programa cuenta con una plataforma llamada “Red de Cuidados” compuesta por los “Puntos Cuidar”, espacios físicos tanto municipales como comunitarios, en los que se llevan adelante las acciones propias de todas las líneas, buscando alcanzar la integralidad. Estos puntos tienen como objetivo unificar y coordinar recursos, políticas y acciones de los equipos municipales junto a la fuerza y cercanía de las organizaciones civiles para incluir y cuidar, fomentando la corresponsabilidad en las tareas de cuidado, desde una perspectiva de igualdad de género.

## **Capítulo V:**

### ***Visibilizar el cuidado***

## El cuidado en la cotidianidad del centro de salud

*“Lo cotidiano se conforma por aquellas prácticas, lógicas, espacios y temporalidades que garantizan la reproducción social y el espacio de lo que una sociedad, grupo o culturas particulares en un momento específico establecen como legítimo, normal, necesario para garantizar su continuidad.”* (Guzmán Ramonda Federico y otras, 2019: 8)

Reconocer este cotidiano y sus particularidades dentro del espacio en el que intervenimos, me parece de suma importancia, ya que como estudiante me permitió entender la realidad que atravesaba la población con la que trabajábamos y de esta manera tratar de tener una comprensión social compleja de cada situación que se nos fue presentando. Indagar sobre estos aspectos (y que no nos resulten ajenos) nos permite comprender, pensar y reconstruir estas demandas y/o problemáticas. Gianna (2011) propone entender el ámbito profesional considerando todos sus momentos y dimensiones de manera integrada:

*“... este proceso requiere captar cuáles son las determinaciones del ámbito profesional en el cual se encuentra inserto el profesional, aprendiéndolo en su mediación con la totalidad y la interrelación con los demás elementos del contexto. Esto implica entender la práctica profesional como un continuum de momentos y dimensiones, integrados entre sí.”* (p.60)

Dentro de las particularidades que conforman la vida cotidiana de la Atención Primaria de la Salud, existe una estructura que no puede desligarse de los sujetos que la transitan y los factores pertenecientes al campo de la salud. De estas particularidades resultan diferentes tipos de, roles, lazos y comportamientos diferenciados que caracterizan cada centro de salud.

Como mencioné anteriormente, para este trabajo de investigación me basé principalmente en mis prácticas realizadas en los años 2017 y 2018 en el centro de salud Champagnat perteneciente a la zona sudoeste de la ciudad de Rosario. Durante mi primer año, asistí al centro de salud 8 horas semanales, las cuales solía dividir en dos días. En el segundo año comencé a asistir 12 horas semanales, intentando respetar también los dos días a la semana. Este proceso fue acompañado paralelamente por supervisiones y trabajos prácticos (propuestos por la cátedra de Prácticas Profesionales) en los cuales identificamos (junto a mi compañera de prácticas) el tipo de población usuaria, las políticas sociales con las cuales se trabajaban, y acompañamos muchas de las intervenciones que realizaba la trabajadora social del centro de

salud. Las problemáticas abordadas llegaban al consultorio de Trabajo Social a través de demandas espontáneas, consultas programadas o mediante otros profesionales de la institución.

Semana tras semana durante esos dos años realizamos observaciones participantes, dentro de las consultas establecidas o espontáneas, que llegaban al consultorio de Trabajo Social, las cuales quedaban plasmadas dentro de nuestro cuaderno de campo. Nos involucramos en entrevistas a la población usuaria, realizamos informes sociales junto a la trabajadora social para solicitudes de subsidios o pensiones que requirieron de la realización de visitas domiciliarias, fuimos parte en un espacio recreativo y de juego destinado a los niños usuarios del centro de salud, participamos del llamado “tercer tiempo” del programa Nueva Oportunidad destinado a madres jóvenes desempleadas (espacio en el cual se trataban temas o problemáticas que estas madres consideraban relevantes) y también estuvimos presentes en reuniones de equipo de la institución y con profesionales de otras instituciones.

A partir de este recorrido, fuimos conociendo la cotidianidad de los usuarios del centro de salud: las diferencias establecidas dentro de la población que asistía a la institución, ya que se trabajaba con varios barrios de diferentes características edilicias, económicas y de acceso a ciertos servicios básicos; las problemáticas que frecuentemente se manifestaban en el consultorio de Trabajo Social y las temporalidades tanto del centro de salud, como de acceso a programas y pensiones. Esto último significaba muchas veces un malestar para los usuarios, entre otras tantas cuestiones.

### Mujeres a cargo del cuidado

Durante mi paso por el centro de salud, fui tomando nota de cada momento transitado y toda esa información quedó plasmada en mi cuaderno de campo: consultas, entrevistas, visitas domiciliarias, reuniones de equipo y participaciones en otras actividades vinculadas a la institución. Estos espacios fueron en su mayoría espacios de observación y escucha mediante entrevistas. Las entrevistas, por su parte, abren la posibilidad de poder escuchar los relatos de los usuarios en primera persona e intentar comprender aquella realidad o problemática que están atravesando al momento de dirigirse al consultorio de Trabajo Social. En algunos casos, estas entrevistas eran realizadas en las viviendas de las familias, generalmente cuando se perdía

contacto o referencia con alguna de ellas. Las visitas nos permiten un mejor estudio y observación del ambiente familiar.

Por otro lado, pude estar presente en varias reuniones de equipo de la institución, en las cuales los profesionales suelen conversar sobre situaciones complejas de algunos usuarios, organizar jornadas o actividades que la institución lleva a cabo y acordar cuestiones laborales de los trabajadores del centro de salud. Estas reuniones permiten ver una parte más del funcionamiento del trabajo interdisciplinario, la dinámica que existe en el centro de salud entre los profesionales a la hora de organizar actividades, y los temas que consideran relevantes para debatir dentro de este espacio.

En base a mi participación en todas estas situaciones pude identificar un factor común, que llamó mi atención y sobre el cual intento reflexionar en este trabajo, ya que no creo que sea una simple casualidad, sino un componente determinante dentro de las implicancias sociales y políticas que atraviesan esta institución.

El factor sobre el que me centro es la mayoritaria presencia de mujeres responsables de tareas de cuidado a terceros dentro de este espacio. Esta responsabilización puede verse reflejada en la relación y referencia que las mujeres van generando con el centro de salud. Son ellas, en su mayoría, las que se movilizan a la hora de solicitar acceso a diferentes políticas sociales, así como también para la gestión de consultas, controles y tratamientos médicos, no sólo de sus hijos sino también del grupo familiar.

La presencia constante de mujeres en las intervenciones se puede evidenciar en mis cuadernos de campo. Al respecto en el año 2017, veintitrés (23) de las veinticuatro (24) situaciones registradas en mi cuaderno fueron trabajadas a partir del contacto con mujeres usuarias del centro de salud, y en el año 2018, fueron treinta (30) de las treinta y nueve (39) de los abordajes realizados, de modo que, las situaciones que selecciono posteriormente, no son hechos aislados, sino que forman parte de un constante trabajo con mujeres en el centro de salud. Así también, las actividades, talleres y jornadas que la institución organiza estuvieron dirigidas directa o indirectamente hacia las usuarias.

Entiendo que todo esto contiene un trasfondo ideológico y moral, el cual muchas veces es reproducido también por las políticas sociales, conformando y definiendo un determinado orden cultural y simbólico injusto, que obstaculiza la plena autonomía de las mujeres y vulnera

sus derechos. Es por esto que a través de este trabajo intento visibilizar mi hipótesis: las mujeres a cargo de las tareas de cuidado cumplen un rol fundamental en el funcionamiento, gestión y desarrollo de la Atención Primaria de la Salud.

### Registros de campo

El rol de mujer cuidadora dentro del ámbito de la APS surge y se refleja principalmente a partir de la existencia de una dependencia de alguna persona, ya sea debido a la edad (niñez o vejez), a una enfermedad o discapacidad. Este rol construido histórica y socialmente se evidencia en las historias familiares y las situaciones trabajadas en el consultorio de TS. Trataré de visibilizar el rol de estas mujeres cuidadoras dentro de APS, los programas con los cuales se interviene y las lógicas de intervención, a través del registro de mi cuaderno de campo.

#### *Niñez y cuidado.*

Al registrar las diferentes situaciones que llegaban al consultorio de Trabajo Social hubo un factor que solía repetirse: la presencia mayoritaria de mujeres a cargo del cuidado de niños. La mayor parte de ellas eran las responsables principales o únicas del cuidado de los niños, ya sean sus hijos o hijos de algune familiar, ya que en algunos casos existían niños que estaban al cuidado de sus hermanas mayores, tías o abuelas. Dentro de las principales tareas de cuidado de las que se encargaban, se encontraban los controles médicos, la aplicación de vacunas, la alimentación, escolarización y cualquier tipo de acción necesaria para el acceso de algún recurso brindado por el Estado. Mediante estas actividades, se satisfacen las necesidades básicas de los niños y la garantía de sus principales derechos.

Gran parte de las situaciones con las que se intervinieron en TS partían de alguna problemática o situación relacionada a los hijos (o niño a cargo de su cuidado) de estas mujeres. Un hecho muy común que me parece importante resaltar, es la asistencia de las mujeres al consultorio junto a sus hijos pequeños, ya que muchas de ellas se encontraban a cargo del cuidado de los mismos a tiempo completo.

Las intervenciones iniciaban principalmente solicitando acceso a algún programa o pensión como la Asignación Universal por hijo, acceso a las leches que proveía el centro de

salud, solicitud de materiales ortopédicos y lentes, gestión de pensión por discapacidad o asesoramiento para acceder al certificado único por discapacidad.

Dado que el primer contacto con las situaciones relacionadas a la niñez era con su madre o mujer familiar a cargo, ellas pasan a ocupar un rol esencial a la hora de pensar las estrategias de abordaje de las problemáticas. Al momento de reunir información acerca de la situación familiar, las madres son quienes brindan los datos necesarios para conocer en mayor profundidad los factores económicos y sociales que la atraviesan, convirtiéndose de esta manera, en las principales referentes de los niños. La trabajadora social comienza a indagar, por ejemplo, acerca de la escolarización, controles médicos, régimen de vacunación, situación habitacional y demás, para completar historias clínicas, realizar informes sociales de acceso a planes o programas sociales o crear estrategias de intervención. Pero no solo brindan la información necesaria, sino que también son quienes llevan a cabo las acciones para concretar estas estrategias, es decir, las mujeres cumplen un rol activo dentro de las dinámicas y actividades necesarias para su efectivización. Por ejemplo, a la hora de solicitar materiales ortopédicos o lentes para los niños al Servicio Público de la Vivienda, uno de los requisitos además del informe social de la TS, es conseguir y presentar al menos dos presupuestos del recurso a solicitar, por ende para conseguir y cumplir estos requisitos se debe disponer de parte del tiempo y energía necesaria para presentar lo requerido y lograr acceso a estos recursos. En consecuencia, son las mujeres las encargadas de que finalmente esto se concrete.

La situación económica de las familias (además del determinante cultural) suele contribuir en la determinación de las mujeres de las familias como responsables de las tareas de cuidado de terceros, entre ellos los niños, dado que si se dispone de recursos económicos suficientes, sería posible el acceso a alguna alternativa de cuidado remunerada. Pero al no contar con este medio, solo queda depender de las alternativas que ofrece el Estado, las cuales suelen ser nulas o escasas.

En cuanto a ingresos, en muchas de las familias usuarias del centro de salud pertenecientes al barrio Alvear, los padres suelen ser la principal fuente económica de estas, a causa de contar con un trabajo registrado. Las madres, por su parte, en las entrevistas solían referir estar realizando tareas del hogar y/o de cuidado de los niños a tiempo completo mientras sus maridos trabajaban. También había mujeres que relataban estar trabajando de manera no registrada, generalmente en trabajos relacionados con la limpieza, cuidado de niños o adultos mayores, o a cargo de algún microemprendimiento. Por otra lado, se encontraban las familias

cuyo hombres del grupo familiar se hallaban en situación de despido reciente a causa del contexto socioeconómico del país de ese momento, lo que llevó a que muchas familias recurrieran al centro de salud en busca de alguna contribución económica o recurso material por parte del Estado, como así también a abrir una historia clínica familiar en la institución debido a la falta de obra social a causa de los despidos.

En lo que respecta las familias pertenecientes al barrio de Vía Honda, estas suelen ser familias que están adscritas al centro de salud desde hace muchos años o generaciones. Por un lado, los ingresos económicos provienen de trabajos no registrados o changas que realizan los padres de los niños, junto a la AUH y TUC, o alguna pensión no contributiva. Pero por otro lado, nos encontramos con aquellos padres que deciden no hacerse responsables de sus hijos, por lo que el niño pasa a depender pura y exclusivamente de su madre o de alguna mujer de la familia (muchas veces las hermanas mayores, tías o abuelas deben hacerse cargo de niños de su familia por diferentes causas). Las madres o mujeres responsables, suelen dejar de lado su vida para estar al cuidado de los niños en todos sus aspectos, por ejemplo, muchas de ellas al ser jóvenes y estar todavía en edad de escolarización, deciden abandonar sus estudios, a causa de que este niño pasa a depender de ellas a tiempo completo y no disponen de alguna alternativa de cuidado que les permita asistir a la escuela.

Al respecto, se retoma el Registro n° 9: *“Madre adolescente de 18 años asiste al consultorio de Trabajo Social mediante una consulta programada. Es madre de una niña de 4 años, el padre de la niña decidió no hacerse responsable de ella, por lo cual la madre pasó a ser la responsable de su cuidado y debió abandonar la escuela para poder hacerlo. Ambas viven en una habitación construida en el mismo terreno donde se encuentra la casa de su familia (su madre con su marido y otros cuatro hermanos). Plantea la posibilidad de acceder a la Tarjeta Unica de Ciudadanía, ya que sus únicos ingresos provienen de la AUH. Respecto a esto, la TS le informa que si su grupo familiar con el que comparte el terreno ya posee TUC, hay pocas posibilidades de poder gestionarla, debido a que se puede acceder solo a una tarjeta por grupo familiar que comparte domicilio.”* (Cuaderno 1, 2017)

Frente a esto, se le planteó la posibilidad de acceder al Programa Equidad Educativa<sup>1</sup>, una beca de 10 meses, equivalente al monto de la AUH, destinada a madres adolescentes o

---

<sup>1</sup> Perteneciente a la Secretaria de Género y Derechos Humanos de la municipalidad de Rosario. Comprende una beca de 10 meses equivalente al monto de la Asignación Universal por Hijo/a (ambas asignaciones pueden

embarazadas entre 13 y 18 años que deciden continuar con su educación básica. Se acordó la inscripción al programa para contar con un ingreso adicional.

Por otro lado, existen madres que deciden salir a trabajar y dejar a sus hijos a cargo del cuidado de alguene familiar. Muchas veces estas mujeres suelen ser juzgadas o “mal vistas” por su entorno:

*“Hombre y mujer de alrededor de 50 años aproximadamente, asisten al consultorio de Trabajo Social mediante una consulta espontánea. Refieren que su sobrina de 20 años fue madre recientemente y que se encuentra desempleada. Plantean que no se hace cargo de su hija y que ellos están al cuidado de la bebe hace 3 meses. Sostienen que la madre de la bebe suele buscarla de vez en cuando por su domicilio y luego llevarselas de vuelta para que quede a su cuidado, motivo por el cual plantean tomar la responsabilidad de la niña. Comentan que su sobrina tiene 2 hijos además de la bebe. TS indaga acerca de sus ingresos: el hombre realiza changas como pintor y su esposa trabajaba anteriormente como cuidadora fuera de su casa, pero refiere que ya no lo hace más. Además, TS les consulta a qué centro de salud asiste su sobrina y les comenta sobre la posibilidad de realizar alguna Delegación de Responsabilidad Parental. Finalmente se les asigna un turno para más adelante.” (Cuaderno 2, Registro n° 10, 2018)*

Posteriormente, se logró contactar a la TS del centro de salud al cual asiste la joven y refirió que la misma trabajaba todo el día y que por este motivo su hija quedaba a cargo de sus ties gran parte del día. Ambas TS acordaron trabajar con la familia y el vínculo entre madre e hija.

### ***Cuidados y discapacidad***

El rol de mujer cuidadora se encontraba presente no sólo en situaciones de niñez, sino también en aquellas en las cuales se intervenía con personas con alguna discapacidad. Me parece importante destacar que en esta categoría no solo está presente el derecho a ser cuidade sino que también toma vital importancia el derecho al autocuidado y a cuidar de las personas con discapacidad. En la siguiente situación se evidencia lo esencial que resultan las condiciones estructurales para un efectivo autocuidado:

---

complementarse, ninguna es excluyente de la otra) y talleres centrados en el desarrollo personal de las adolescentes con el objetivo de que éstas puedan lograr la continuidad o el inicio de su escolaridad.

*“Mujer de alrededor de 50 años asiste al consultorio mediante consulta espontánea. Relata que lleva utilizando un corset ortopédico hace un tiempo debido a un accidente, por lo cual se encuentra imposibilitada para trabajar. Manifiesta que debido a esto último se le dificultó pagar el alquiler del monoambiente en el que vivía este último tiempo y que debe 1 año de alquiler. Comenta que no logra tramitar la pensión no contributiva por discapacidad, con la cual iba a pagar el alquiler, y que la dueña de la vivienda le permite ingresar al monoambiente por las noches, para que no duerma en la calle. El resto del día la mujer se encuentra en situación de calle, refiere que no tiene donde ir. TS plantea que existe la posibilidad de acceder a un subsidio para pagar el alquiler mediante el Servicio Público de la Vivienda y le explica que las pensiones por discapacidad no se están logrando gestionar debido a los recortes presupuestarios que hubo en nación. Luego de la entrevista, TS se comunica con el SPV y acuerdan una reunión en el centro de salud junto a una TS y una arquitecta. Luego de la reunión se acordó subsidiar el alquiler temporalmente hasta que se pueda gestionar la pensión.” (Cuaderno 1, Registro n° 14, 2017)*

Luego de 1 año, la mujer se acercó al consultorio, manifestando que el próximo mes no iba a recibir el subsidio del alquiler, ya que este era de carácter temporal hasta recibir la pensión. TS acordó comunicarse con el SPV para tratar de extender el subsidio del alquiler. A causa de la situación de las pensiones por discapacidad en ese momento, la mujer corría riesgo de quedar nuevamente en situación de calle.

El derecho al autocuidado cobra real importancia en el ámbito de la discapacidad porque proporciona la posibilidad de una verdadera autonomía e independencia. Muchas veces esto último no logra ser posible debido a cómo se presenta el entorno que la persona necesita para poder desenvolverse de manera autónoma. Por ejemplo, si se dificulta el acceso en sillas de ruedas a algún lugar, se impide la movilidad de forma independiente.

Asimismo, no debe dejarse de lado el derecho a cuidar, ya que muchas veces se cree que las mujeres con discapacidad no pueden ser cuidadoras, dejando de lado la importancia de ofrecer los apoyos profesionales y no profesionales necesarios que pudieran requerir para brindar cuidado. Si consideramos al cuidado como parte de un DDHH, se ponen en tela de juicio también las condiciones estructurales y los modelos de vida establecidos en la sociedad, lo que debería implicar reconocer la diversidad de necesidades existentes, no sólo para garantizar el acceso al ser cuidado sino también para cuidar y para el autocuidado. No se trata solo de delegar las tareas de cuidado que realizan las mujeres mediante servicios, sino de

garantizar un efectivo cuidado de las personas según sus diferencias y necesidades que permitan una mayor autonomía. Esta autonomía está ligada al ejercicio de los derechos de las personas, a poder elegir que vida tener y poder desarrollar diferentes tareas, contando con los apoyos necesarios. El cuidado como DDHH implica entonces, verdaderas condiciones estructurales y normativas que no impidan la garantización de los demás derechos.

### ***Cuidado y violencia de género***

Queda claro que las mujeres cumplen un rol importantísimo en el cuidado de sus familias, pero quién cuida de ellas al momento de encontrarse en situaciones de violencia? Decidí implementar esta categoría porque el número de casos de mujeres violentadas que llegaban al consultorio de trabajo social no era menor. Muchas de estas mujeres y madres sufrían algún tipo de violencia por parte de sus parejas o padres de sus hijos, encontrándose en situación de peligro en su propio hogar. En relación a esto, retomo los siguientes registros:

Registro n° 2: *“Asiste a consulta programada joven de 21 años, madre de un niño pequeño. Relata que recibe violencia verbal y física en reiterados momentos por parte de su pareja y padre de su hijo. Refiere que los 3 viven en la misma vivienda y cuando su pareja la golpea, suele irse a la casa de sus padres. Pero plantea que no puede quedarse allí, ya que no tiene lugar donde dormir y siente que se le dificulta tener privacidad para poder criar al niño, motivo por el cual vuelve a la vivienda que comparte con su pareja y se repiten las situaciones de violencia. TS indaga sobre los ingresos económicos de la joven: éstos provienen de la AUH y TUC. Luego le comenta que existen espacios de refugio para víctimas de violencia de género al cual podría acceder junto a su hijo por un tiempo. Frente a esta propuesta la joven expresa que prefiere ir a casa de sus padres. TS plantea la posibilidad de conseguir una cama y un colchón a través del Servicio Público de la Vivienda realizando un informe socio económico en el cual se detalle su situación, para que pueda dormir en casa de sus padres momentáneamente. Además le comenta que si decide vivir con sus padres de manera definitiva podría acceder a algún programa a través del Servicio Público de la Vivienda del municipio mediante el cual podría construir una habitación y un baño dentro del mismo terreno de su familia para ella y su hijo. Por otro lado, le propone comenzar terapia con la psicóloga del centro de salud para trabajar la situación de violencia.”* (Cuaderno 1, 2017)

Registro n° 10: *“Joven de 20 años asiste al consultorio mediante consulta espontánea. Ingresa junto a sus dos hijos pequeños y su hermana también pequeña. Plantea que su hermana*

*menor quedó a cargo de su cuidado, es por esto que les 4 viven juntas en una casilla establecida en Vía Honda. La joven plantea que su ex pareja y padre de sus hijos ingresó la noche anterior a su vivienda y robo el dinero que recibe por la AUH de sus hijos. También relata que recibe constantes amenazas de su parte y que por este motivo asistió varias veces a la comisaría a realizar la denuncia contra él, pero a pesar de estas denuncias los hechos siguen persistiendo. En primer lugar la TS intenta transmitirle que el hecho de ingresar a su vivienda sin su consentimiento y robar su dinero también implica un tipo de violencia tal como las agresiones verbales y físicas constantes, luego, le consulta si hay algún otro lugar al cual pueda ir de manera temporal para evitar las agresiones de su ex pareja, a lo que la joven responde que no, y agrega que en la casa de su familia se viven también situaciones de violencia contra las mujeres que conviven en la vivienda. Frente a esto se presenta la posibilidad de conseguir un lugar en un refugio<sup>2</sup> para víctimas de violencia de género, perteneciente a la Secretaría de Género y DDHH de la municipalidad de Rosario, la joven acepta y TS se comunica telefónicamente con la Secretaría para comentar el caso. Se acuerda una próxima comunicación con la joven para intervenir el caso de manera conjunta.” (Cuaderno 1, 2017)*

Además de la violencia física y verbal, se presentaban situaciones de violencia económica, como se muestra a continuación:

*“Mujer de 40 años asiste a turno programado para solicitar lentes para su hijo pequeño. TS comienza a indagar sobre los ingresos familiares: la mujer relata que ella está al cuidado de su hijo por lo cual no trabaja fuera de su casa. También comenta que viven con su marido, el cual comenzó a trabajar recientemente de manera registrada en una empresa de construcción. TS le pregunta si tiene conocimiento de cuánto dinero gana aproximadamente su marido para poder realizar el informe, en el cual debe detallar los ingresos, y ella responde que no tiene conocimiento del sueldo que recibe su marido, ya que él le entrega cierta cantidad de dinero por semana destinada para la comida del hogar. TS realiza informe para enviar a el Servicio de Atención Ciudadana, y solicitar el subsidio de lentes.” (Cuaderno 1, Registro N° 15, 2017)*

---

<sup>2</sup> Los Centros de Protección Integral pertenecientes a la Municipalidad de Rosario, albergan a mujeres en situación de violencia de género, junto a sus hijos. Estos lugares disponen de diferentes sistemas de protección tanto física como psíquica. Se aloja a estas mujeres durante el tiempo necesario para restablecer las condiciones de seguridad y autonomía de sus vidas y las de sus hijos. Desde este espacio se accede también a la Justicia para realizar las medidas judiciales que sean necesarias y se garantiza el acceso a la Salud para chequear y reparar el estado de salud como consecuencia de los malos tratos. Además, se dictan talleres para trabajar el empoderamiento e inclusión de las mujeres, tratando temas como el autocuidado.

Al finalizar la entrevista, TS nos comentó que llegaban varios casos similares, en los cuales las mujeres desconocen los ingresos de sus parejas (principal fuente de ingreso del hogar generalmente), generando así, una violencia económica hacia ellas, limitándoles los recursos e ingresos destinados a sus necesidades y la de sus hijos.

A partir de las situaciones detalladas, queda claro que el ámbito en el cual se emplean las tareas de cuidado realizadas por las mujeres, puede resultar un lugar inseguro para ellas, en el cual no solo se suele provocar un daño físico, sino también mental, económico y social, es decir la base de la salud integral considerada por la OMS. Es por esto que se requiere de un abordaje de las violencias en los ámbitos de cuidado que tenga en cuenta todos sus aspectos: físico, psicológico, económico, sexual, etc.

Resulta de vital importancia proteger a quienes cuidan de otros, y para ello se debe tener en cuenta la diversidad existente de las realidades atravesadas. La mayor parte de las mujeres usuarias del centro de salud que están a cargo del cuidado suelen atravesar un escenario de precarización económica, dado que al estar a cargo de estas tareas, las posibilidades de fortalecerse e independizarse económicamente quedan reducidas. Cuando existen casos de violencia de género en estos escenarios, la violencia no solo es física y/o psicológica sino que la situación se ve agravada por los escasos recursos materiales con los cuales cuentan las mujeres para poder salir de esos ámbitos violentos, es decir, que emergen mayores riesgos de violencia que en otros casos, en donde por ejemplo, se cuenta con un trabajo formal. El fortalecimiento económico de las mujeres en estos casos se vuelve crucial para poder acabar con la violencia que se ejerce contra ellas. Si bien, como pudimos ver, existen refugios estatales para las víctimas cuando no tienen donde ir, estos solo forman parte de una solución temporal, puesto que resulta imposible sostener ese espacio como un lugar permanente en cual desarrollar sus vidas. Para poder apartarse de estos ámbitos peligrosos definitivamente se necesita contar con los recursos materiales suficientes. El tan necesario derecho de las mujeres a ser cuidadas obliga a los estados a revisarse y otorgarles el reconocimiento necesario para que no se encuentren en peligro, garantizando un empoderamiento económico, que les permita la oportunidad de desarrollar y proyectar sus vidas normalmente, y no verse obligadas a volver a espacios violentos por falta de alternativas.

### *Otras observaciones y actividades*

Fuera del consultorio de Trabajo Social pude captar otras observaciones que contribuyen en este trabajo. Por un lado, cada mañana al ingresar al centro de salud, se podía apreciar una sala de espera repleta de mujeres, en su mayoría acompañadas por sus hijos, ya sean bebés cargados en sus brazos o en sus coches; niños o adolescentes. Lo mismo sucedía en las filas para el área de administración y farmacia.

Por otro lado, la institución organizaba o formaba parte de ciertas actividades, destinadas principalmente a mujeres:

- Taller de estimulación temprana: Todos los lunes por la mañana en el SUM del centro de salud, se desarrollaba un taller de estimulación temprana, destinado a las usuarias madres junto a sus bebés y niños pequeños.
- Jornada de PAP: Promovido y llevado a cabo en el año 2018 por los estudiantes de medicina que realizaban sus prácticas obligatorias en la institución. Esta iniciativa surgió por las frecuentes situaciones de mujeres que nunca se habían realizado el control o no lo hacían desde hace varios años. Durante la jornada se realizaron PAPs sin turnos y se llevaron a cabo actividades de información y promoción sobre salud sexual y reproductiva. Esta actividad fue promocionada durante todo el mes para convocar a la mayor parte de las usuarias del centro de salud.
- Charla informativa sobre ILE: En el año 2018 durante una de las reuniones de equipo se llevó a cabo una charla informativa sobre Interrupción Legal del Embarazo a cargo de una médica del CEMAR, la cual está a cargo de la realización de AMEU en el hospital. La médica informó al equipo del centro de salud sobre las modalidades y técnicas de ILE, las maneras de abordar las situaciones con equipos especializados y los días y horarios en los que funcionan las consejerías de los distintos hospitales que realizan la práctica.
- Taller de costura del Programa Nueva Oportunidad: El Programa Nueva Oportunidad (Provincial) cuenta con equipos de trabajo territorial que convocan a jóvenes de entre 16 y 30 años, que hayan dejado la escuela, no tengan empleo ni formación en oficios. Se centra en la capacitación y en la participación de los integrantes en espacios de intercambio y reflexión para adquirir herramientas de inserción laboral y hábitos de convivencia social.

Participé, junto a la trabajadora social y a mi compañera de prácticas, de algunos encuentros del taller de costura perteneciente a este programa. Este se llevaba a cabo 3 días a la semana en la casa de la cultura de barrio Alvear (a pocas cuadras del centro de salud). Los días jueves de 9 a 11 hs se desarrollaba el “tercer tiempo”, el espacio al que asistí. Este consistía en un intercambio y reflexión entre las integrantes, las coordinadoras y algune especialista sobre algún tema particular de interés de las integrantes. El taller estaba conformado por mujeres madres o embarazadas de entre 20 y 30 años (en su mayoría usuarias del centro de salud), algunas de ellas asistían junto a sus hijos pequeños, ya que no contaban con la posibilidad de dejarles al cuidado de otros en ese momento. En las ocasiones que presencie el “tercer tiempo” se trataron las siguientes temáticas: nutrición, violencia de género, Educación Sexual Integral, conformación de los 3 poderes de gobierno (en fechas cercanas a elecciones) y un baby shower organizado por las mismas participantes del taller.

### Mujeres e identidades feminizadas gestoras de salud

Les usuaries del centro de salud recorren gran parte de las distintas etapas de su vida en relación con la institución y todas las actividades, consultas, atenciones y gestiones implican una tarea de cuidado ya sea directa o indirectamente, en menor o mayor medida, es decir, en la Atención Primaria de la Salud, el cuidado está presente todo el tiempo. El cuidado existe en todas las etapas de nuestras vidas e implica gozar de buena salud, la cual dentro de este enfoque, es entendida de manera integral, que supone la garantización del bienestar físico, mental y emocional de todas las personas. Garantizar salud, es garantizar cuidado, y las mujeres son quienes preponderan estos espacios hoy en día.

A partir de los registros de intervenciones, observaciones y actividades desarrolladas anteriormente, se puede dar cuenta que el cuidado se ve atravesado por dos dimensiones: por un lado, una dimensión material, que conlleva un gasto de energía, tiempo, esfuerzo, recursos, habilidad para desempeñar las tareas necesarias para satisfacer necesidades básicas, (como cocinar o limpiar) conocimiento y/o aprendizaje de atenciones y necesidades más específicas, y el desarrollo de una capacidad de organización y planificación de las actividades. Todas estas

cuestiones conllevan a garantizar el bienestar de las personas que se cuidan, pero a su vez también son necesarias para que exista un autocuidado y la posibilidad de poder cuidar.

Pero también existe otra dimensión, que no puede dejarse de lado y es la dimensión afectiva, partiendo del hecho de que dentro de las tareas de cuidado existe una relación entre los cuidadores y la vida que se cuida, que generalmente se apoya en vínculos afectivos. El cuidado es una práctica relacional que se desenvuelve en la vida cotidiana, que se despliega en nuestro entorno más cercano, el ámbito privado y familia. El ámbito privado, como pudimos ver, históricamente estuvo vinculado a la imagen femenina. Es en este punto en donde el trabajo de cuidado se convierte en gratuito, en donde los Estados sacan provecho de esta dimensión afectiva y la conformación patriarcal de la sociedad, según la cual, es la mujer quien se encarga de todas aquellas tareas vinculadas a la familia y lazos afectivos. En consecuencia, las mujeres se ven obligadas a desplegar gran parte de su energía mental, emocional y física, y además adoptar habilidades y capacidades necesarias para desarrollarse como cuidadoras. Debido a que existe un sistema y una sociedad estructurada de tal manera, no pueden eximirse de ese papel, se les exige estar presentes y disponibles para desempeñarlo sin ningún tipo de reconocimiento.

Es por esto, que la salud es un terreno en el cual debe haber un reconocimiento urgente del cuidado y el rol que ocupa en estos espacios, por un lado, para reconocer que las tareas que realizan las mujeres en estos espacios permiten su funcionamiento, y por otro, para posicionar al cuidado en el centro de nuestras vidas y que se asuma como una responsabilidad colectiva.

Es necesario una transformación en lo que respecta a la corresponsabilidad social de las tareas de cuidado, porque la realidad nos sigue mostrando que hoy en día, ese rol lo continúan ocupando las mujeres de manera mayoritaria. Esto impide que puedan desarrollarse personal y económicamente de manera independiente, impidiendo la toma de decisiones, deseos y planificaciones personales de vida, generando desigualdades de género y de recursos.

El cuidado entendido como derecho humano, queda muy ligado a la concepción de salud integral, y no quedan dudas que a la hora de sostener, proveer y realizar actividades que la garanticen, las mujeres son las principales gestoras. Las lógicas y dinámicas que se desarrollan actualmente en APS, no pueden dejar de lado las inequidades de género y los derechos de las mujeres.

## **Capítulo VI:**

### ***Trabajo Social y Cuidado***

## Aportes para el reconocimiento

Según Iamamoto (2003): *“uno de los mayores desafíos que vive el Asistente Social en el presente es desarrollar su capacidad de descifrar la realidad y construir propuestas de trabajo creativas y capaces de preservar y tornar efectivos los derechos, a partir de las demandas emergentes en el cotidiano. En fin, ser un profesional propositivo y no solo ejecutor.”* (p.33).

Conocer las determinaciones de la realidad sobre la que trabajamos, abre posibilidades de transformación dentro de las líneas de intervención. Esto resulta importante, ya que el tipo de lectura que se haga de la realidad va a determinar el sentido de la intervención. En la Atención Primaria de la Salud, la cotidianidad le permite al Trabajo Social construir intervenciones profesionales situadas, mediante el ejercicio de la comprensión social compleja y el pensamiento crítico.

Uno de los instrumentos de la intervención profesional que nos permiten descifrar la realidad en la cual se trabaja día a día son nuestros cuadernos de campo.

Releer y revisar los registros plasmados en el cuaderno de campo nos posibilita realizar el ejercicio de una lectura constante, en profundidad y crítica de las lógicas establecidas en el cotidiano de los espacios de intervención.

En este caso, la revisión de mi cuaderno de campo dejó al descubierto que dentro de la dinámica y gestión de actividades, propuestas y tareas de cuidado enmarcadas en el centro de salud, existen prácticas atravesadas por lógicas patriarcales y heteronormativas que se reflejan, en parte, en el tipo población que asiste al centro de salud. La misma está constituida principalmente por mujeres, lo cual nos lleva a trabajar con ellas y para ellas. A la hora de hacer una lectura crítica de nuestro espacio cotidiano de trabajo, resulta necesario reflexionar sobre las desigualdades de género que permean las dinámicas operacionales del centro de salud. Partiendo desde este punto, surge el siguiente interrogante: ¿ En las intervenciones de Trabajo Social se perpetúan las desigualdades de género ?

En el ámbito del centro de salud, se puede decir que las intervenciones pueden tener un efecto e impacto de género. Por un lado, como bien quedó demostrado, porque la población usuaria está conformada mayoritariamente por mujeres: se trabaja no sólo con, por y para ellas,

sino también a través de las ellas, dado que las demandas con las cuales se interviene no son sólo demandas directas, sino también indirectas, posicionando a las usuarias como interlocutoras de las problemáticas/situaciones familiares y de su entorno. Por otro lado, por el hecho de trabajar con políticas sociales, que están atravesadas también por principios y lógicas de género que pueden reafirmarse al momento de su implementación.

### Intervenir con perspectiva de género

¿Qué podemos hacer para no reproducir lógicas de cuidado heteropatriarcales en nuestras intervenciones? ¿Que hacemos desde nuestro lugar como profesionales para llevar a cabo acciones de transformación social que garanticen los derechos de las mujeres?

Desde el Trabajo Social dentro de la Atención Primaria de la Salud, se establece un espacio de escucha sobre aquello considerado como vida privada o ámbito privado de cada familia usuaria del centro de salud. Pero como bien se plantea desde los feminismos, todo lo que concierne la experiencia personal está conectado a las grandes estructuras sociales y políticas, por lo que el entorno profesional nos obliga a practicar el ejercicio de la reflexión y revisión de la realidad en la que nos encontramos para no caer en la reproducción de lógicas, prácticas, y conceptos heteronormativos y patriarcales.

Hacer una lectura de la población nos permite develar estas lógicas y conceptos habituales con los que frecuentamos en el cotidiano. Naturalizar una población constituida mayoritariamente por mujeres, sin reconocer su trasfondo social podría llevarnos a la perpetuación de desigualdades de género en las estrategias de intervención y acciones que se llevan a cabo a partir de estas.

Para romper con nuestros principios e ideologías patriarcales interiorizadas resulta importante hacernos preguntas como: ¿Por qué existe una presencia preponderante de mujeres en el centro de salud? ¿Cuáles son los motivos por los que asisten a la institución? ¿De qué tareas se están haciendo cargo estas mujeres que circulan frecuentemente por el centro de salud? ¿Qué responsabilidades implican esas acciones? ¿Por qué se les asignan esas responsabilidades? En el caso de no poder o querer asumir ese rol ¿Quiénes deberían hacerse cargo? ¿Cuáles son las problemáticas con las se inician los procesos de intervención? ¿Qué malestares se manifiestan? Las instituciones y políticas con las que se trabaja, ¿reproducen desigualdades de género en las actividades que realizan? ¿Se contemplan las diversas

identidades de género? ¿Es relevante o resulta necesaria toda la información que se solicita para el acceso a planes y programas? ¿Qué se hace con esos datos? ¿De qué manera podemos contribuir a una transformación social basada en los derechos de las mujeres?

Para reflexionar sobre estos interrogantes hay que considerar las relaciones de poder establecidas en la sociedad y sus estereotipos de género e intentar desarmarlos como parte del objetivo de los procesos de intervención:

*“Intervenir con perspectiva de género implica considerar que las relaciones de poder entre los sujetos se enmarcan en un sistema de dominación masculina heterosexual, jerarquizada y desigual. Que los estereotipos sociales del deber ser de la mujer y el varón son los que validan las diferencias entre los sujetos, y se constituyen en una base fundamental para las violencias machistas. Desarticularlos debe estar presente en los objetivos de nuestras intervenciones.” (Calp, 2020: 209)*

Es así que el feminismo se vuelve relevante para el Trabajo Social en cuestiones de género y cuidado, porque contribuye en el ejercicio de revisión, reflexión y desarticulación de conceptos establecidos y lógicas habituales naturalizadas, para ponerlos en cuestionamiento y debatir las consecuencias e influencias que generan en las vidas de las personas con las que se trabaja día a día.

Intervenir en clave feminista implica, entonces, practicar la reflexión y el cuestionamiento de manera constante, para posteriormente intentar identificar las lógicas y estereotipos machistas con los cuales se frecuenta. Mediante este ejercicio podemos tratar de desarticular o deconstruir aquello que se nos presenta como natural y ser conscientes de que aquellos conceptos y dinámicas que conforman el espacio de intervención están constituidos por estructuras sociales y de poder que pueden vulnerar ciertos derechos.

Otro ejercicio del cual nos provee el feminismo, basándonos en lo que plantea el feminismo interseccional, es reconocer nuestros privilegios ante las realidades de otras mujeres, incluyendo otros aspectos como raza, clase, sexualidad, religión, nacionalidad, entre otros, entendiendo que éstos imposibilitan la igualdad y producen otros mecanismos de opresión además de la opresión de género. Las mujeres del centro de salud, se ven atravesadas por otras opresiones y desigualdades además de la desigualdad de género, principalmente desigualdades económicas y sociales, como lo es habitar en asentamientos irregulares o en

viviendas de precarias condiciones habitacionales, dificultades de acceso laboral, bajos ingresos o desfavorables condiciones laborales, también desigualdades de religión, sexualidad o de nacionalidad, debido a que existe una parte de la población usuaria del centro de salud conformada mujeres/familias migrantes. Entonces, si bien a la mayoría de estas mujeres se les atribuye una mayor carga de tareas de cuidado, en comparación a los hombres (lo que representa una desigualdad con respecto al género) se les suman estos otros factores que las posiciona diferente ante la realidad de otras mujeres, ubicándolas en mayor desventaja. Muchos de estos factores impiden u obstaculizan el derecho a cuidar, cuidarse o recibir cuidado.

Pero por otro lado, resulta importante también considerar el hecho de que cada mujer que asiste a la institución representa una identidad particular y una situación e historia de vida singular, con diversas conformaciones familiares, diferentes contextos socioeconómicos, recursos, vínculos y redes de contención que también deben tenerse en cuenta. Cada demanda planteada y cada deseo va a ser diferente en base a cada situación particular.

Es así que debemos aplicar una mirada crítica y una profunda autorreflexión, tomando en cuenta nuestras subjetividades y principios arraigados para no caer en discriminaciones en lo que respecta a nuestras intervenciones o convertirnos en simples ejecutores de políticas públicas. Además, al momento de la escucha debemos reflexionar sobre qué escuchamos y cómo, para no caer en imposiciones y permitir un espacio de diálogo que genere una escucha activa, situada, territorial de estas mujeres, sus realidades y demandas, no sólo para comprenderlas con mayor profundidad sino también para contribuir y generar espacios para su visibilización.

El Trabajo Social, mediante una escucha histórico-social de trayectorias de vida, puede aportar a la inclusión social de las mujeres dentro de la institución, visto que desde este espacio se pueden abrir y surgir diferentes posibilidades de intervención. Por ejemplo, se puede revelar alguna capacidad de habilidad o trabajo de alguna mujer, que le permita lograr generar sus propios ingresos e independizarse económicamente. Si no reconstruimos cada historia de vida, podemos perdernos de estas posibilidades o acabar accionando en base a nuestras suposiciones, optando por alguna estrategia con la cual estas mujeres no se sientan del todo a gusto o cómodas, sumar algún inconveniente a la problemática o acotar la intervención a consideraciones basadas en construcciones sociales arraigadas, cargadas de estigmas y suposiciones pre concebidas. Otro ejemplo a considerar, es la opción de alojar en algún refugio a una mujer en situaciones de violencia de género cuando corre peligro en su hogar, ya que no

siempre es la opción que mejor se adapta a todos los casos. Hay circunstancias en donde existen otras posibilidades para la mayor comodidad de la mujer, y para poder conocer las otras posibilidades disponibles es necesario que exista un diálogo, en donde se pongan en palabras los deseos, se indaguen los recursos materiales, los vínculos, lazos y redes de contención.

Conociendo las diversas posibilidades de cada situación, damos lugar a construir diferentes alternativas de acción y la oportunidad de pensar un plan en conjunto que se adapte mejor a las necesidades, contextos, expectativas, deseos y objetivos singulares.

Además, es importante incorporar la escucha a la institución, sus dinámicas, y a los equipos de trabajo del centro de salud, considerando que dentro de esta institución no se trabaja de manera aislada sino que las intervenciones se ven atravesadas también por el accionar de los demás profesionales y trabajadores no profesionales que trabajan en la institución, por los diferentes horarios, actividades, espacios, tiempos, modos y lenguajes que maneja el centro de salud y las demás instituciones con las cuales se establece relación (por ejemplo, los horarios de los jardines infantiles o escuelas de los niños), también las políticas sociales con las cuales se dispone. Todos estos factores deben tenerse en cuenta porque se integran y entran en juego a la hora de construir las estrategias de intervención.

El Trabajo Social como parte de la vida cotidiana de las instituciones de la Atención Primaria de la Salud, puede habilitar y/o facilitar espacios de circulación de la palabra o espacios de encuentro para la escucha. Por un lado, abocados a las mujeres usuarias y el rol de cuidadoras que se les impone, e intentar dar espacio a que puedan manifestarse para contribuir a la visibilización de sus contextos y realidades diferenciadas, reconociéndolas como sujetos de derecho. Podemos hacer efectiva su participación social mediante la propuesta de actividades que promuevan la participación activa o generen lugares de escucha, ya sea verbal, mediante el arte o dispositivos grupales con otras mujeres. Un ejemplo de esto podría ser, proponer actividades que pongan en discusión temas como la familia, en donde se intente desarmar el estereotipo de mujer/madre cuidadora y fomentar la corresponsabilidad en las tareas de cuidado. Actividades como estas pueden abrir paso a visibilizar el tiempo, esfuerzo y energía que las mujeres dedican a estas tareas para garantizar el bienestar y vida cotidiana de los integrantes de la familia. Esto también puede habilitar la puesta en escena de otros temas relacionados, como la sexualidad, para comprender que no existe un único tipo de familia, sino que existen diversidades, con diferentes tipos de organización, vínculos (sanguíneos o no),

condiciones económicas y sociales, sexualidades, etc. ya que la familia, suele verse reducida a la monogamia y la heterosexualidad.

Por otro lado, es fundamental también poder generar estos lugares de escucha con de les demás trabajadores del centro de salud (ya sean profesionales o no profesionales) a fin de hacer visible lo que cada una vivencia o escucha en la institución y a partir de esto, fomentar reflexiones de las que puedan resultar diferentes propuestas, proyectos, actividades, etc.

### Políticas Sociales: un instrumento para la transformación social

La intervención del trabajo social al llevarse a cabo en el ámbito de las políticas sociales, muchas veces puede verse delimitada por las mismas o acotar nuestro objetivo de intervención. Por esto, es necesario repensar las políticas públicas si nos proponemos intervenir desde una perspectiva de género y derechos humanos para reflexionar sobre las bases y principios sobre las que están construidas, intentar analizar a qué población van dirigidas, y detectar si se genera algún tipo de discriminación o desigualdad.

*“Así, por ejemplo, una política social materno-infantil no repercute de igual manera en lo social si toma como único destinatario al núcleo familiar heterosexual, en detrimento de considerar las distintas estructuras familiares, como las familias homoparentales. En la misma línea puede pensarse las políticas que estén orientadas a “reconciliar” la vida familiar y la vida laboral dirigida únicamente a las mujeres, reforzando su rol de ama de casa, que si por el contrario esa política considere a ambas esferas (vida familiar/laboral) como un derecho de ciudadanía y una responsabilidad social compartida.” ( Calp, 2020 : 205)*

Desde nuestro lugar, podemos participar en la configuración de las políticas públicas visibilizando la realidad cotidiana de nuestro espacio de intervención para promover los cambios que sean necesarios, teniendo como horizonte la consecución de derechos, la diversidad e igualdad. Esto implica estar dispuestos a actualizar nuestros marcos teóricos de intervención para desarticular lógicas y conceptos heteropatriarcales dentro de las prácticas profesionales.

Butler (2001), propone dejar de entender a las cuestiones de género de manera estática o como base para llevar a cabo acciones. De esta manera, la autora refiere:

*“el género no debe interpretarse como una identidad estable o un lugar donde se asiente la capacidad de acción y de donde resulten diversos actos, sino más bien, como una identidad débilmente constituida en el tiempo, instituida en un espacio exterior mediante una repetición estilizada de actos.”* (Butler, 2001:184).

A su vez, participar en la construcción de las políticas sociales permite la posibilidad de adaptar este instrumento esencial de la intervención a las diversas realidades y contextos de las personas y problemáticas con las que se trabaja, impulsando cambios que eviten la exclusión de acceso a ciertos sectores de la sociedad que lo necesitan, teniendo en cuenta que en la construcción de las mismas, se puede correr el riesgo de contemplar un tipo de identidad de mujer que deje por fuera las necesidades de quienes están en situaciones y/o condiciones diferentes. Es por esto que es de vital importancia observar con qué tipo de población y conformaciones de familia trabajamos, para ver si coincide con las que se consideran en las políticas sociales e identificar cuando reproducen órdenes patriarcales o violencias hacia algún sector de la población.

En materia de cuidados, puede afirmarse que las políticas sociales dotan de responsabilidades y roles diferenciados a mujeres y varones en la sociedad, así, Faur sostiene que:

*“Desde una mirada de género, las políticas de Estado -por acción u omisión- regulan también la intervención de mujeres y varones en los mercados de trabajo, en la vida comunitaria y en los hogares, en tanto atribuyen diferencialmente responsabilidades de provisión y de cuidado, responsabilidades que se apoyan en determinados principios ideológicos y morales acerca de lo que unos y otras deben ser y hacer en sus ámbitos de acción e interacción.”* (Faur Eleonor, 2014: 38)

Las políticas sociales suelen diseñarse sobre construcciones sociales establecidas, por ejemplo, al considerar a la mujer e identidades feminizadas desde un rol de cuidado: cuidado de niños, adultos mayores o del hogar; también se tiende a normalizar un tipo de familia basada en la heterosexualidad.

Si consideramos el impacto o desigualdad de género que pueden llegar a generar y suscitar en la población las políticas sociales con las que se interviene, resulta imprescindible tratar de resignificarlas desde una perspectiva de género y derechos humanos, considerando

que estas son utilizadas como herramienta de intervención, pudiendo producir o reforzar desigualdades y violencias de todo tipo.

Al pensar a las políticas sociales como producto de relaciones de fuerza y de poder establecidas en el orden social y construidas a su vez por una pluralidad de actores que participan de su construcción, tenemos la tarea de des-simplificar su análisis desde la profesión, porque el Trabajo Social cumple un rol elemental en el proceso de creación, implementación y evaluación (en todas sus etapas) de las políticas públicas.

El aporte desde Trabajo Social podría ser, llevar a cabo prácticas de empoderamiento de la población a la que se excluye de las políticas sociales, la visibilización de realidades o transformaciones no contempladas y la promoción de participación social desde una mirada inclusiva, no solo de género, sino también de demás cuestiones como clase, sexo, raza, etnia, etc., teniendo en cuenta que el terreno de las políticas sociales está conformado por múltiples factores y en su conformación deben participar diferentes actores, además del Estado, para poder considerarlas de un carácter verdaderamente democrático.

Si no se lleva a cabo un proceso de constante reflexión y crítica de las políticas, se corre peligro de poner en práctica acciones sin cuestionamientos, basadas en la simple ejecución de las políticas sociales, que pueden quedar desfasadas de la realidad actual e inapropiadas con respecto al avance de las sociedades. Es por esta razón, que debemos intentar evitar considerarlas de manera rígidas, estáticas, acabadas o inalterables, sino más bien pensarlas y llevar a cabo su ejecución desde la adaptabilidad y flexibilidad, considerándolas dinámicas y modificables.

## Reflexiones Finales

En el transcurso de este trabajo intenté plasmar el papel fundamental que cumple el trabajo de cuidado dentro del campo de la salud, puntualizando en la Atención Primaria de la Salud, el nivel encargado de garantizar la territorialidad de este campo, y el cuál fue el espacio en el que desarrolle esta investigación. La salud es un campo en el que interactúan múltiples dimensiones, factores y problemáticas, un espacio en el que no se pueden omitir los diversos contextos que la población atraviesa si se quiere abordar el proceso de salud-enfermedad-atención desde una mirada integral. Comprender e intervenir desde esta perspectiva nos obliga a observar el paso de las usuarias por la institución teniendo en cuenta los procesos anteriores y posteriores al momento de ingreso a la institución, reconstruyendo sus trayectorias de vida.

Esto nos lleva a considerar los territorios en los que se establecen estos procesos de salud-enfermedad-atención. El territorio es el espacio en el cual las personas desarrollan su vida cotidiana, y en este se despliegan diferentes dinámicas, costumbres y estructuras que cada población va construyendo, es un ámbito cultural, relacional y complejo, que influye en la vida de las personas y en sus relaciones de producción y reproducción. Si entendemos a la salud desde lo territorial, no podemos centrarnos solo en la curación de enfermedades sino que debemos tener en cuenta el entorno y orden social en el que esta se desenvuelve. Las condiciones habitacionales, la alimentación, los ingresos económicos, son algunos de los factores determinantes sociales de la salud y para lograr cambios reales en su calidad es necesario considerarlos. En este sentido, construir una sociedad que esté centrada en el cuidado requiere de una reorganización social y política, dado que, el sistema económico y social capitalista actual se centra en la acumulación del capital, en sujetos autosuficientes y responsables de su situación, negando la interdependencia de cuidados entre las personas y la ecodependencia de la sociedad e invisibilizando, de esta manera, el rol del trabajo de cuidado en su funcionamiento.

Los centros de salud, por su parte, son una de las instituciones claves para llevar a cabo un enfoque territorial de cuidados y salud por su lugar de proximidad con la vida cotidiana de la población, lo que permite impulsar la participación activa de la población usuaria y el estudio de las características, particularidades, y necesidades de cada territorio, favoreciendo la producción de información y estadísticas y su posterior divulgación a todos los actores

territoriales. Esto posibilita trabajar en conjunto, analizar las problemáticas y sus causas, para luego diseñar y poner en marcha planes de trabajo integrales para su abordaje.

En resumidas palabras, una sociedad de cuidado supone asegurar el sostenimiento de la vida en un entorno adecuado como objetivo principal, reconociendo la interdependencia entre las personas y entendiendo la dimensión ambiental, económica y social de manera correlativa. Se incorpora el autocuidado, el cuidar a otras personas y a quienes cuidan y el cuidado del planeta. Para alcanzar dicho objetivo es necesario producir acciones que promuevan la igualdad en sus múltiples aspectos. Esto último, marca un vínculo ineludible entre los principios profesionales del Trabajo Social y los principios propuestos para la construcción de una sociedad de cuidado. Considerando los Principios Éticos profesionales establecidos por la Asociación Latinoamericana de Enseñanza e Investigación en Trabajo Social (2018), donde La Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (AIETS) y la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS) colaboraron para desarrollar un conjunto de principios comunes de Trabajo Social, se visibilizan los siguientes puntos coincidentes:

El principio número dos, sobre Derechos Humanos, donde se apunta a la promoción de los Derechos Humanos, se reconoce que la cultura muchas veces es utilizada para violar dichos derechos y que los profesionales sirven como mediadores culturales para permitir su consenso. Por otro lado, también se plantea que los trabajadores sociales deben abogar a la responsabilidad colectiva para el cumplimiento de dichos derechos en todos los niveles y reconocer la interdependencia entre las personas y entre las personas y el medio ambiente.

En el principio número cinco, por su parte, se establece tratar a las personas como personas completas: *“Los trabajadores sociales reconocen las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales de las vidas de las personas, y entienden y tratan a todas las personas como personas completas.”* (ALAEITS, 2018: 6) para ello se sostiene que se deben llevar adelante evaluaciones e intervenciones integrales, es decir, con la participación plena de las personas, las organizaciones y las comunidades con las que se trabaja. Además se hace hincapié en el trabajo con equipos interdisciplinarios para lograr mejores resultados.

Además, el principio número siete, acentúa la importancia de promover la justicia social, a partir de las siguientes acciones: desafiar a la discriminación; respetar las diversidades étnicas y culturales de las sociedades, teniendo en cuenta las diferencias individuales, familiares, grupales y comunitarias; trabajar para el acceso y la distribución equitativa de los

recursos y la riqueza; desafiar las políticas y prácticas injustas y construir redes de solidaridad para trabajar hacia un cambio transformador y sociedades inclusivas y responsables.

Por otro lado, la participación activa de los usuarios también es fundamental, tanto para el enfoque de una sociedad de cuidado, como para los principios éticos de la profesión. Si se emplea la escucha activa y el trabajo en conjunto se puede acompañar a las personas a tomar decisiones informadas y que sean ellos mismos quienes lideren sus propios planes de cuidado. Reconocer el rol de las personas en su propio cuidado (teniendo en cuenta los contextos y demás aspectos que resultan relevantes) en las intervenciones dentro de instituciones de salud, permite determinar el proceso de atención-enfermedad-salud de manera conjunta, considerando a los usuarios como sujetos de derechos. Esto se puede evidenciar, en los principios profesionales número tres y cuatro:

En el principio número tres, sobre el derecho a la autodeterminación, se acentúa la importancia de respetar y promover los derechos de las personas a tomar sus propias decisiones y decisiones (siempre que esto no amenace los derechos e intereses legítimos de los demás) y el valor de reconocer que la capacidad de actuar de las personas se cruzan con las condiciones estructurales. Además, se expone que los discursos y prácticas sociopolíticos y culturales dominantes pueden contribuir a la normalización y naturalización de diferentes prejuicios, opresiones, marginaciones, violencias y exclusiones. Asimismo, se incentiva a desarrollar estrategias para aumentar la conciencia crítica.

En el principio número cuatro, se hace referencia al derecho a la participación, trabajando en la construcción del autoestima y las capacidades de las personas para que participen plenamente en sus sociedades, y promoviendo su plena participación (y participación en todos los aspectos) de las decisiones y acciones que afectan sus vidas.

A partir de lo expuesto anteriormente y considerando el marco de los Derechos Humanos, como base de las acciones de nuestras prácticas profesionales y medio para lograr una institucionalidad del cuidado como derecho, se puede decir que la transición hacia una sociedad de cuidado implica un compromiso para el Trabajo social, funcionando como horizonte profesional para lograr un cambio transformador y trabajar en la construcción de una organización social más justa, inclusiva y responsable.

## **Bibliografía:**

Aguirre, R. y Ferrari, F. (2013). “Las encuestas sobre uso del tiempo y trabajo no remunerado en América Latina y el Caribe. Caminos recorridos y desafíos hacia el futuro.” Serie Asuntos de Género n° 122. Santiago de Chile: CEPAL.

Aguirre, Rosario y Fernanda Ferrari (2013), “Las encuestas sobre uso del tiempo y trabajo no remunerado en América Latina y el Caribe. Caminos recorridos y desafíos hacia el futuro”, Serie Asuntos de Género N°122 (LC/L.3678), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), agosto. Publicación de las Naciones Unidas.

Asociación Latinoamericana de Enseñanza e Investigación en Trabajo Social (2018). “Consulta de la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social sobre los Principios Éticos de la Profesión.” Dublín, Irlanda.

Baremlitt, Gregorio (2005). “Compendio de análisis institucional”. Ed. Madre de Plaza de Mayo. Buenos Aires.

Bourdieu, Pierre (1990). “Sociología y cultura. Algunas propiedades de los campos”. México.

Butler, Judith (2001). “El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad.” Paidós, UNAM. México.

Calp, Camila Eugenia (2020). “Trabajo Social ¿feminista? Aportes a la intervención del trabajo social desde una perspectiva de género.” Tesinas Lic. en Trabajo Social UNR, Rosario.

Concepto de Salud de OMS <http://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>

Conceptos Básicos y Generales. Gobierno de Santa Fe.  
<https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/download/228703/1197588/>

Decreto 475/2021

Faur Eleonor (2014). “El cuidado infantil en el siglo XXI: Mujeres malabaristas en una sociedad desigual.” Editorial Siglo Veintiuno Editores, Buenos Aires. p.38.

Faur Eleonor (2014) “El cuidado infantil en el siglo XXI: Mujeres malabaristas en una sociedad desigual.” Editorial Siglo Veintiuno Editores, Buenos Aires.

Federici, Silvia (2015). “Caliban y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria.” 2a ed. Tinta Limón, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Gianna, Sergio (2011). “Vida cotidiana y Trabajo Social: límites y posibilidades en la construcción de estrategias de intervención profesional.” En Revista Cátedra Paralela, N°8, Rosario: Facultad de Ca Pa y RR.II.p.60.

Guber Rosana (2001). “La etnografía, método, campo y reflexividad”. Grupo Editorial, Norma, Bogotá.

Guzmán, Ramonda Federico y otras (2019). “Hegemonía y estrategia. Herramientas de intervención profesional del Trabajo Social”, En Revista Utopías, N°25, Paraná (Entre Ríos): Facultad de Trabajo Social-UNER, p.8.

Iamamoto, Marilda (2003). “El servicio social en la contemporaneidad. Trabajo y formación profesional.” Cortez Editora. San Pablo. p.33.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2020) - I.N.D.E.C. “Hacia la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo y Trabajo No Remunerado”. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Instituto Nacional de Estadística y Censos - I.N.D.E.C (2020). “Hacia la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo y Trabajo No Remunerado”. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Iriart, Celia, Waitzkin, Howard, Breilh, Jaime, Estrada, Alfredo, Merhy, Emerson Elías (2002) “Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos.” Rev Panam Salud Pública;12(2) 128-136, 2002. [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892002000800013&lng=pt&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000800013&lng=pt&nrm=iso&tlng=es)

Ley Nacional de Salud Pública 26.529. 2009.

Lugones, María (2008). "Colonialidad y Género." *Tabula Rasa*, (9), 73-102. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-24892008000200006&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-24892008000200006&lng=en&tlng=es)

Maffia, Diana. (2007). "Epistemología feminista: La subversión semiótica de las mujeres en la ciencia." *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 12(28), 63-98. [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-37012007000100005&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012007000100005&lng=es&tlng=es)

Menendez, Eduardo (1988). "Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria." *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires.

Mesa Interministerial de Políticas de Cuidado. Decisión Administrativa 1745/2020. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/normativa\\_mesa\\_interministerial\\_cuidados.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/normativa_mesa_interministerial_cuidados.pdf)

Oyèronké, Oywùmí (1997). "La invención de las mujeres. Una perspectiva africana sobre los discursos occidentales del género." University of Minnesota.

Pautassi, Laura (2007). "El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos," *Asuntos de Género* 87, Naciones Unidas Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago de Chile.

Pautassi, Laura (2018). "El cuidado como derecho. Un camino virtuoso, un desafío inmediato." *Revista de la Facultad de Derecho de México* Tomo LXVIII, Número 272, 2018. <http://dx.doi.org/10.22201/fder.24488933e.2018.272-2.67588>

Reconocimiento y ejercicio del derecho a la salud en Argentina. <http://www.salud.gob.ar/dels/printpdf/135>

Rodriguez Enriquez, Corina Maria (2015); "Economía feminista y economía del cuidado: Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad." Fundación Foro Nueva Sociedad; Nueva Sociedad.

Sautu, R. (1997), "Acerca de qué es y no es investigación científica en ciencias sociales", en Wainerman, C. y Sautu, R. (Compiladoras), La Trastienda de la Investigación, Buenos Aires, Editorial de Belgrano, Buenos Aires.

## Anexos

Anexo 1: Atenciones de Trabajo Social, Centro de Salud “Marcelino Champagnat” según género, año 2017:

ATENCIONES		2017		
FECHA	Femenino	Masculino	Suma total	
2017-01-25	5	2	7	
2017-01-26	4	1	5	
2017-01-27	7		7	
2017-01-30	6	1	7	
2017-01-31	5	1	6	
2017-02-01	6		6	
2017-02-02	3	1	4	
2017-02-03	5	1	6	
2017-02-06	7	1	8	
2017-02-07	6	1	7	
2017-02-08	1		1	
2017-02-09	2	1	3	
2017-02-13	7		7	
2017-02-14	5		5	
2017-02-15	11	3	14	
2017-02-16	7		7	
2017-02-17	2	1	3	
2017-02-20	4		4	
2017-02-21	9	1	10	
2017-02-22	3		3	
2017-02-23	11	3	14	
2017-02-24	8		8	
2017-03-02	9	1	10	
2017-03-03	8	1	9	
2017-03-06	10		10	
2017-03-07	6		6	
2017-03-08	4		4	
2017-03-10	10		10	
2017-03-13	9	1	10	
2017-03-16	5	1	6	
2017-03-17	5		5	

2017-03-20	10	1	11
2017-03-21	8	1	9
2017-03-27	11	1	12
2017-03-28	7	1	8
2017-03-30	1		1
2017-03-31	1		1
2017-04-03	8	3	11
2017-04-04	6	1	7
2017-04-05	8	1	9
2017-04-07	4	2	6
2017-04-10	4	1	5
2017-04-11	5	2	7
2017-04-12	6	1	7
2017-04-25	15		15
2017-04-26	9	1	10
2017-04-27	6	1	7
2017-05-02	7	3	10
2017-05-03	9	1	10
2017-05-04	5		5
2017-05-05	4	1	5
2017-05-08	4	2	6
2017-05-09	3		3
2017-05-10	2	1	3
2017-05-11	4		4
2017-05-15	11	2	13
2017-05-16	2	2	4
2017-05-18	1	1	2
2017-05-19	2		2
2017-05-22	7		7
2017-05-23	1		1
2017-05-24	5		5
2017-05-29	5		5
2017-06-01	2	1	3
2017-06-02	6		6
2017-06-05	7		7
2017-06-06	9	1	10
2017-06-07	3		3
2017-06-08	2	1	3
2017-06-09	2		2
2017-06-13	5		5

2017-06-14	7	1	8
2017-06-15	2	1	3
2017-06-16	2		2
2017-06-21	12		12
2017-06-22	7	2	9
2017-06-26	5	4	9
2017-06-28	3		3
2017-06-29	3		3
2017-06-30	1		1
2017-07-04	7	1	8
2017-07-05	6		6
2017-07-06	1	1	2
2017-07-07	1		1
2017-07-10	2		2
2017-07-11	4	1	5
2017-07-13	7		7
2017-07-14	3	2	5
2017-07-18	3	1	4
2017-07-19	2	1	3
2017-07-20	1		1
2017-07-21	3		3
2017-07-24	6		6
2017-07-25	3	1	4

2017-07-26	3		3
2017-07-27	4		4
2017-07-28		1	1
2017-07-31	6	1	7
2017-08-01	4		4
2017-08-02	6	1	7
2017-08-03	2	1	3
2017-08-07	6	1	7
2017-08-08	8	1	9
2017-08-09	2	1	3
2017-08-10	3		3
2017-08-11	3	1	4
2017-08-14	6		6
2017-08-15	6		6
2017-08-17	2	2	4
2017-08-18	2	2	4
2017-08-23	3	1	4
2017-08-24	4	2	6
2017-08-25	5	1	6
2017-08-28	1		1
2017-08-29	5		5
2017-08-30	4		4
2017-09-04	7	1	8
2017-09-05	2	2	4
2017-09-06	2	1	3
2017-09-07	6	1	7
2017-09-08	9		9
2017-09-11	4		4
2017-09-13	4		4
2017-09-15	4	1	5
2017-09-18	6	1	7
2017-09-19	4		4
2017-09-20	4	1	5
2017-09-21	1		1
2017-09-22	4		4
2017-09-25	5		5
2017-09-26	9		9
2017-09-27	1	1	2
2017-09-28	1		1
2017-10-02	4		4
2017-10-03	3		3
2017-10-04	2		2
2017-10-05		1	1
2017-10-06	2		2
2017-10-09	3	1	4
2017-10-10	5		5
2017-10-11	4	1	5
2017-10-12	1		1

2017-10-17	5	1	6
2017-10-18	5		5
2017-10-19	4		4
2017-10-20	2		2
2017-10-23	7		7
2017-10-24	1		1
2017-10-25	5	1	6
2017-10-26	2		2
2017-10-27	5		5
2017-10-30	5	2	7
2017-11-01	3	1	4
2017-11-02	2	1	3
2017-11-03	4	2	6
2017-11-06	3	2	5
2017-11-07	2		2
2017-11-08	2		2
2017-11-09	4	1	5
2017-11-10	3	4	7
2017-11-13	2	1	3
2017-11-14	2	1	3
2017-11-17	1	1	2
2017-11-21	6	2	8
2017-11-22	3	2	5
2017-11-23	1		1
2017-11-27	5	2	7
2017-11-28	1	1	2
2017-11-29	2	2	4
2017-11-30	2		2
2017-12-04	10		10
2017-12-05	5	1	6
2017-12-07		3	3
2017-12-11	3	1	4
2017-12-12	5	3	8
2017-12-13	1	2	3
2017-12-14	2	2	4
2017-12-18	4		4
2017-12-19	2		2
2017-12-20	2		2
2017-12-21	3	1	4
2017-12-22	3	1	4

<b>Suma total</b>	<b>809</b>	<b>140</b>	<b>949</b>
-------------------	------------	------------	------------

Anexo 2: Atenciones de Trabajo Social, Centro de Salud “Marcelino Champagnat” según género, año 2018:

ATENCIONES		2018		
FECHA	Femenino	Masculino	Suma total	
2018-01-03	1			1
2018-01-04	2	2		4
2018-01-08	5	1		6
2018-01-09	3	1		4
2018-01-10	6	3		9
2018-01-11	2			2
2018-01-12	3	1		4
2018-01-16	6			6
2018-01-17	1	1		2
2018-01-18	4			4
2018-01-19	5	1		6
2018-01-22	2			2
2018-01-23	6	2		8
2018-01-24	3	1		4
2018-01-26	4	1		5
2018-01-30	3	2		5
2018-01-31	1			1
2018-02-02	2	1		3
2018-02-05	3	1		4
2018-02-06	2	1		3
2018-02-07	2			2
2018-02-08	4	1		5
2018-02-09	3	1		4
2018-02-14	5	1		6
2018-02-15	3			3
2018-02-16	6	4		10
2018-02-19	3	4		7
2018-02-20	4	1		5

2018-02-21	3	3	6
2018-02-22	1		1
2018-02-26	6	1	7
2018-02-27	5		5
2018-02-28	4	3	7
2018-03-01	3		3
2018-03-05	4		4
2018-03-06	2	1	3
2018-03-07	4	1	5
2018-03-08	1		1
2018-03-09	3	1	4
2018-03-12	4		4
2018-03-13	4		4
2018-03-16	8	2	10
2018-03-19	3	1	4
2018-03-20	5		5
2018-03-21	4	2	6
2018-04-10	3	2	5
2018-04-11	4	2	6
2018-04-12	3		3
2018-04-13	4	7	11
2018-04-17	2	2	4
2018-04-18	5	1	6
2018-04-19	3		3
2018-04-20	2	1	3
2018-04-24	5	1	6
2018-04-25	3	2	5
2018-04-26	2		2
2018-05-02	3	3	6
2018-05-03	4	1	5
2018-05-04	3	1	4
2018-05-08	2	1	3
2018-05-09	3		3
2018-05-10	1	2	3
2018-05-11	3	2	5
2018-05-15	6	1	7
2018-05-16	4	1	5
2018-05-18	4		4
2018-05-22	3	1	4
2018-05-23		1	1

2018-05-24	2	2	4
2018-05-31	4	1	5
2018-06-01	3	2	5
2018-06-05	3	4	7
2018-06-06	1	1	2
2018-06-07	2		2
2018-06-12	5	1	6
2018-06-13	4	2	6
2018-06-14	6		6
2018-06-15	2	2	4
2018-06-18	1		1
2018-07-12		1	1
2018-08-07	1		1
2018-10-01	3		3
2018-10-02	1		1
2018-10-03	3	1	4
2018-10-04		1	1
2018-10-05	2	4	6
2018-10-08		1	1
2018-10-09	7		7
2018-10-10	3	2	5
2018-10-11	1	1	2
2018-10-12	1	2	3
2018-10-17	5		5
2018-10-18		2	2
2018-10-19	7		7
2018-10-23	1		1
2018-10-24	3		3
2018-10-25	4		4
2018-10-26	5	1	6
2018-10-30	8	1	9
2018-10-31	1	2	3
2018-11-01	6		6
2018-11-02	7	1	8
2018-11-05	2	1	3
2018-11-06	8	1	9
2018-11-07	2	1	3
2018-11-08	3		3
2018-11-09	3	1	4
2018-11-13	6		6

2018-11-14	2	2	4
2018-11-15	2	1	3
2018-11-20	5	2	7
2018-11-21	5	3	8
2018-11-22	4	1	5
2018-11-23	3	2	5
2018-11-27	6		6
2018-11-28	1	1	2
2018-11-29	4	1	5
2018-12-04	5	1	6
2018-12-05	2	1	3
2018-12-06	1		1
2018-12-11	3	3	6
2018-12-12	2		2
2018-12-13	2	1	3
2018-12-18	5	1	6
2018-12-19	2	2	4
2018-12-20	3		3
2018-12-21	4	2	6
<b>Suma total</b>	<b>417</b>	<b>141</b>	<b>558</b>