



Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales

Escuela de Trabajo Social

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

“Feminización de los cuidados de las infancias. Atención de salud de las mujeres”. Propuesta de intervención en el Centro de Salud Santa Teresita desde la Perspectiva de Género.

AUTORA: Travaini, María Victoria – victoria.travaini1.@gmail.com

DIRECTORA: Lamanuzzi, Romina – rominalamanuzzi@gmail.com

MODALIDAD: Práctica Disciplinar

Rosario, Febrero 2025

Índice

Agradecimientos.....	3
Introducción.....	4
Objetivo General.....	6
Objetivos Específicos.....	6
Metodología.....	6
Capítulo I:	
Aportes conceptuales para reflexionar en clave de Cuidados, Género y Salud.....	8
La desigual Organización Social de los Cuidados.....	8
Los cuidados desde la perspectiva de Género.....	10
Feminización de los cuidados.....	12
El género como determinante clave en los procesos de salud-enfermedad- atención.....	13
Capítulo II:	
Un recorrido por el Centro de Salud Santa Teresita.....	16
Historia. El Santa Teresita cuenta.....	18
Población.....	19
El Trabajo Social como Matricial.....	21
Capítulo III:	
Las voces de las principales protagonistas.....	23
Mujeres en Salud: entre el cuidado y la atención.....	23
Ecos del consultorio.....	25
Capítulo IV:	
Propuesta de intervención: La Ludoteca amigable del Santa Teresita. “Jugando nos cuidamos y cuidamos de quien nos cuida”.....	29
Problema.....	29

Ubicación geográfica.....	29
Justificación.....	30
Beneficiarios/as.....	30
Objetivos.....	30
Actores Involucrados.....	31
Actividades Previas a la Ejecución del Proyecto.....	31
Ejecución del Proyecto. Funcionamiento de la Ludoteca.....	32
Presupuesto.....	33
Monitoreo y Evaluación del Proyecto.....	33
Capítulo V:	
Arribando a posibles conclusiones	35
Bibliografía.....	36
Anexos.....	40

Agradecimientos

A mis viejos, Mónica y Carlos por permitirme ser quien soy hoy, y acompañarme con amor.

A mi compañero Jerónimo, por incentivarme a concluir cada objetivo que me propongo.

A mis hermanos, Alesia, Tomas y Benja.

A mis compañeras y compañeros de trabajo.

A Romi, mi tutora, por la paciencia, los aportes y todo su acompañamiento durante este tiempo.

A las compañeras de la facu y a las amigas de la vida.

Por último a la Universidad Pública, que me brindó la oportunidad de ser, pero también de sentir, de pensar, de soñar.

Gracias infinitas a cada uno/a. Los logros son colectivos y esto también es parte de ustedes.

Introducción

El presente Trabajo Integrador Final (TIF) se enmarca en la modalidad de Práctica Disciplinar la cual consiste en “un informe que se ocupa del diagnóstico de una situación y del diseño y elaboración de una estrategia de acción, programa, proyecto o dispositivo de intervención en un ámbito institucional concreto. El objetivo de esta modalidad es analizar críticamente, tanto teórica como técnicamente, la experiencia de la práctica o intervención a los efectos de contribuir a la generación de conocimientos disciplinares”¹constituyéndose como último requisito para obtener el Título de Licenciado/a en Trabajo Social.

El tema de interés surge de la experiencia realizada en las prácticas profesionales en el Centro de Salud Santa Teresita de la ciudad de Rosario, ubicado dentro de las instalaciones del Distrito Sudoeste de dicha ciudad durante el periodo 2015-2018. Así mismo durante el año 2023 realice la Diplomatura en Cuidados con Perspectiva de Género, propuesta interinstitucional llevada adelante por el Ministerio de Igualdad Género y Diversidad de la Provincia de Santa Fe y la Universidad Nacional de Rosario. Mi transcurrir por dicho espacio me brindó herramientas para pensar al Centro de Salud en clave de género, desnaturalizar aquello que observaba y visibilizar desigualdades que interfieren con el derecho pleno a la salud de las mujeres.

Durante mi paso por la institución he podido observar que en su mayoría las mujeres que asisten al Centro de Salud para su atención, lo hacen en compañía de los niños y niñas que tienen bajo su cuidado. Esta situación me llevó a reflexionar sobre dos aspectos fundamentales, por un lado en los peligros a los cuales quedan expuestas las infancias, tanto dentro como por fuera del consultorio al no contar con la mirada atenta de sus cuidadoras al momento de su atención, y por el otro en que sucede ante la presencia de las infancias en ese encuentro entre el profesional y las mujeres, en el cual la comunicación y la escucha activa forman parte intrínseca del proceso de atención de la salud.

Por otro lado no podemos dejar de recordar que en el año 2016 se produjo un accidente en la institución cuando una niña ingresó a una consulta ginecológica con su madre. Esta situación abrió un amplio debate que puso en tensión a la institución y su lógica de “puertas

¹ Resolución N.º 2890/18 Anexo I Reglamento General de Tesinas y Trabajos Integradores Finales de Grado

abiertas a la comunidad”; y la realidad de las mujeres que asisten al Centro de Salud, quienes en su mayoría ejercen los cuidados de las infancias.

Consideramos relevante mirar las instituciones de salud desde la perspectiva de género, ello nos permite cuestionar y desnaturalizar prácticas que se encuentran arraigadas en el cotidiano de la vida institucional, así como también problematizar y reconocer desigualdades que se presentan en este campo.

Cuando hablamos de salud, lo hacemos desde un enfoque de derechos y desde su integralidad. Ello nos invita a pensar en sujetos de intervención atravesados por aspectos, biológicos, pero también mentales, emocionales, sociales, culturales que hacen de la salud su texto y contexto. En este sentido consideramos al género, como un determinante estructural clave en los procesos de salud –enfermedad- atención.

Las construcciones sociales de género asignan roles diferenciales tanto a varones como a mujeres. Históricamente a las mujeres se las ha relegado al ámbito de lo privado, ubicándolas en el rol de principales responsables de los cuidados de las infancias. Esta distribución desigual en las responsabilidades de cuidado “está relacionada con la naturalización de las capacidades de las mujeres para cuidar, vinculado a la posibilidad biológica de las mujeres y personas con capacidad de gestar, de parir y amamantar, lo cual las dotaría de “capacidades superiores” para otros aspectos del cuidado; como preparar la comida, limpiar la casa (2022)²”. Esto ha llevado a una sobrecarga en los cuidados de las infancias que impacta en diferentes aspectos de la vida de las mujeres, incluyendo su condición social, laboral y cultural.

Es en este sentido que resaltamos la importancia de problematizar la feminización de los cuidados de las infancias en el Centro de Salud Santa Teresita, conocer qué obstáculos visualizan las mujeres en el acceso y atención a la salud y a partir de ello contribuir al Derecho a la Salud de las mujeres en condiciones de igualdad y equidad.

Finalmente, consideramos que la perspectiva de género en salud se constituye en un aporte fundamental para el Trabajo Social como disciplina, ya que nos permite planificar estrategias de intervención desde lo micro social que garanticen el derecho a la salud de las mujeres.

² Diplomatura en Cuidados con Perspectiva de Género. (2022). “Los aportes de las teorías feministas y los estudios de género sobre el concepto del cuidado”. Ministerio de Igualdad, Género y Diversidad de la provincia de Santa Fe. Universidad Nacional de Rosario. Octubre, 2022.

Para poder ahondar sobre la situación problemática planteada, se buscarán diferentes aportes teóricos, que permitan abordar desde una mirada crítica las categorías de género, salud y cuidado. Para ello el TIF se estructurará en diferentes capítulos; en el capítulo I se realizará un recorrido por diferentes aportes conceptuales que nos permitirán reflexionar en términos de cuidados, género y salud; en el capítulo II nos introduciremos a conocer el Centro de Salud Santa Teresita. Por su parte en el Capítulo III, se presentarán los aportes de los principales actores involucrados en la situación: las mujeres que asisten al Centro de Salud y algunas profesionales que trabajan en la institución. En el Capítulo IV, se presentará una propuesta de intervención en el Centro de Salud Santa Teresita de la ciudad de Rosario para dar respuesta a la situación problemática planteada y por último en el Capítulo V se arribará a posibles conclusiones.

OBJETIVO GENERAL

- Diseñar una propuesta de intervención en el Centro de Salud Santa Teresita para mejorar la atención de salud de las mujeres y contribuir a la Equidad de Género en Salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Problematizar la feminización del cuidado de las infancias en el Centro de Salud Santa Teresita.
- Conocer cuáles son los obstáculos en la atención de salud de las mujeres en el Centro de Salud Santa Teresita.
- Recuperar la visión de los profesionales del Centro de Salud Santa Teresita respecto a la atención de salud de las mujeres.

METODOLOGÍA

Para el presente trabajo se utilizará una metodología de tipo cualitativa. “El término metodología, designa el modo en que enfocamos los problemas y buscamos las respuestas. En las ciencias sociales, se aplica a la manera de realizar la investigación. Nuestros supuestos, intereses y propósitos, nos llevan a elegir una u otra metodología”. (Taylor y Bogdan, 1987). Ahora bien, cuando hablamos de metodologías cualitativas, hacemos referencia a “la

investigación que produce datos descriptivos, las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable” (Taylor y Bogdan, 1987).

Las metodologías cualitativas son apropiadas cuando el investigador “busca comprender la perspectiva de los participantes acerca de los fenómenos que los rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados, es decir, la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Para poder alcanzar los objetivos planteados se utilizarán técnicas de recolección de datos secundarias y primarias. Entre las primeras y a los fines de dar marco conceptual al presente trabajo, acudiremos a la recopilación y análisis crítico de artículos sobre Cuidados, Género y Salud.

En segundo lugar y como fuente primaria se realizarán encuestas a las mujeres que asisten al Centro de Salud y entrevistas semiestructuradas a algunas profesionales que trabajan en la institución. Ello nos permitirá poder contar con la perspectiva de los principales actores que intervienen en la situación, realizar un diagnóstico pertinente y desarrollar una propuesta de intervención en el Centro de Salud.

CAPÍTULO I

Aportes conceptuales para reflexionar en clave de Cuidados, Género y Salud

La desigual Organización Social de los Cuidados

Una noción central para dar marco al presente trabajo es el concepto de cuidados. Todos necesitamos de cuidados; que nos cuiden, cuidarnos y cuidar a otros y otras es central para el bienestar y desarrollo humano. Cuando hablamos de cuidados hacemos referencia a “las actividades indispensables para satisfacer las necesidades básicas de la existencia y reproducción de las personas, brindándoles los elementos físicos y simbólicos que les permiten vivir en sociedad, incluye el autocuidado, el cuidado directo de otras personas, la provisión de las precondiciones en que se realiza el cuidado (...) y la gestión del cuidado” (Rodríguez y Marzonetto; 2015).

Las actividades de cuidado implican una relación social entre quienes brindan cuidados y quienes los reciben, en este sentido se enmarcan en relaciones afectivas y personales y no solo se restringen a intercambios instrumentales ”presenta una doble dimensión “material”, corporal –realizar tareas concretas con resultados tangibles, atender al cuerpo y sus necesidades fisiológicas– e “inmaterial”, afectivo-relacional –relativa al bienestar emocional. Cuidar es “hacerse cargo de los cuerpos sexuados y de las relaciones que los atraviesan” (Orosco, 2006).

Los trabajos de cuidado cumplen una función muy importante dentro de las economías capitalistas, en tanto permiten la reproducción de la fuerza de trabajo es decir la posibilidad de que una persona crezca y se desarrolle y que se constituya en un futuro en un trabajador o trabajadora. El desarrollo de estas actividades que permiten la reproducción social de las personas, implica el despliegue de conocimientos, tiempo y esfuerzo, por lo tanto entendemos a los cuidados como un trabajo. Ahora bien, dentro del ámbito familiar reconocemos que el mismo se encuentra invisibilizado.

Las tareas de cuidado pueden ser resueltas tanto en el ámbito familiar o comunitario, pero también intervienen otros actores como el Estado o el mercado y las organizaciones sin fines de lucro. De este modo podemos decir que existe una Organización social de los cuidados; con este concepto hacemos referencia a “la manera en que interrelacionadamente las familias, el Estado, el mercado y las organizaciones comunitarias, producen y distribuyen

cuidado” (Rodríguez y Marzonetto, 2015). Es decir que en esta “red de cuidados”³ intervienen tanto las personas que dan cuidado y las que lo reciben (...) como así también los actores institucionales, los marcos normativos y las regulaciones, la participación mercantil y también la comunitaria. Esta red de cuidados es dinámica, está en movimiento, cambia y, por ese mismo motivo, puede ser transformada (Rodríguez y Marzonetto; 2015).

La Organización Social del cuidado, en nuestro país y principalmente en nuestra región, está fuertemente atravesada por desigualdades en torno a la clase social, el género, la etnia, etc., es decir que no todas las familias pueden resolver de la misma manera las tareas de cuidado. En la red de cuidados, las familias suelen asumir un papel central por sobre el resto de los actores, y dentro de las familias son las mujeres quienes en su mayoría ocupan las responsabilidades en los cuidados; según Berardi, C. (2020), la forma actual en la que resolvemos y organizamos socialmente el cuidado se caracteriza por ser privatizada, familiarizada, no remunerada y principalmente feminizada.

Esta desigualdad se debe a la concurrencia de varios factores que se entrelazan unos con otros. De manera muy acotada podemos hacer referencia a la División Sexual del Trabajo es decir aquellos trabajos que son socialmente asignados a hombres y mujeres de manera diferencial, que responde y se vincula de manera directa con la naturalización de la capacidad de las mujeres para cuidar, “la desigual distribución de roles y los estereotipos de género ubican a los varones en el ámbito público y a las mujeres en el ámbito privado, fundamentalmente en el rol reproductor principalmente de cuidado” (Scarafoni, 2016). En este sentido es importante remarcar que esta División Sexual del Trabajo no es algo natural, sino que responde a una construcción social que está sustentada por relaciones patriarcales de género y sostenida por valoraciones culturales que se reproducen en diferentes ámbitos y a través de diferentes mecanismos como la educación, la tradición, las religiones, etc., es decir a través de la socialización de las prácticas.

Otro de los factores explicativos lo podemos encontrar en los recorridos históricos de los regímenes de bienestar. Con régimen de bienestar nos referimos siguiendo a Esping-Andersen, (1990) a la constelación de recursos asignados al intercambio mercantil, la división sexual del trabajo, y la asignación autorizada de recursos. Todos los regímenes

³ Orosco (2006) sugiere hablar de redes de cuidado aludiendo a los encadenamientos múltiples y no lineales que se dan entre los actores que participan en el cuidado, los escenarios en los cuáles esto sucede, las interrelaciones que establecen entre sí y, en consecuencia, lo densa o débil que resulta la red de cuidados.

contemporáneos están apoyados, en mayor o menor medida, en la estructura ocupacional y en un modelo de familia, más o menos constituido por varones proveedores y mujeres cuidadoras (Esping-Andersen, 1990; Lewis, 1993, Sainsbury, 1996, 1999). Además de prácticas, los regímenes de bienestar se expresan en percepciones, discursos, creencias y orientaciones normativas. En este sentido la manera en que el Estado, el mercado y las familias producen y distribuyen cuidados, da lugar a determinada organización social de los cuidados. En el contexto Latinoamericano la producción y distribución de cuidado, se ha concentrado en la esfera de la familia quedando la participación del Estado reservada para aspectos muy específicos por ejemplo la educación escolar, o como complemento de los hogares allí cuando las situaciones particulares lo ameritaran.

Por último, destacamos que la experiencia socioeconómica estratificada de la organización del cuidado es otra fuente de injusticia. Las familias pertenecientes a diferentes estratos económicos cuentan con distintos grados de libertad para decidir las maneras en las que se organizan los cuidados. Las familias con mayores recursos podrán resolver las tareas de cuidado adquiriendo los servicios en el mercado, mientras que, en aquellas familias que posean menos recursos, las tareas de cuidado recaerán sobre algún miembro de la familia, en su mayoría de las mujeres (Rodríguez y Marzonetto; 2015). En el marco de una sociedad cada vez más desigual, la participación del Estado a través de políticas públicas, es fundamental para que las familias puedan derivar los cuidados a instituciones extra domésticas. Proporcionar servicios de cuidado desde el Estado alivia a las familias y sobre todo a las mujeres de las tareas de cuidar, y garantiza además el acceso universal e igualitario a los cuidados, independientemente de los recursos con los que puedan contar.

Los cuidados desde la Perspectiva de Género

Como hemos señalado en el apartado anterior, la forma actual en la que resolvemos y organizamos socialmente el cuidado se caracteriza por ser privatizada, familiarizada, no remunerada y principalmente feminizada. Aquí intentaremos profundizar acerca de la feminización de los cuidados, para lo cual nos serviremos de los aportes fundamentales de los estudios de género.

Para comenzar es necesario remitirnos al concepto de género. El género como construcción social desempeña un papel crucial en la distribución desigual de las

responsabilidades de cuidado al asignar roles diferenciados según lo que se considera “femenino” y masculino” en una cultura y momento dado, aquí entendemos al género como aquel concepto que “intenta describir un fenómeno de carácter cultural (lo que se concibe como “masculino” y “femenino” no es natural ni universal sino que es construido y difiere según las culturas, las razas, las religiones), histórico (lo que cada cultura entiende cómo “masculino” y “femenino” varía de acuerdo a los diferentes momentos históricos) y relacional (lo que se entiende por “masculino” se define en relación a lo que se entiende por “femenino”, y viceversa, en un horizonte de significaciones mutuas)” (Fabbri, L; 2014).

Esta construcción social del género se da sobre la base de las diferencias biológicas; es decir aquello que “traemos” en los cuerpos. Ahora bien, aquí proponemos pensar que tanto el sexo como el género son construcciones sociales. Entendemos que la oposición entre lo natural y lo social; lo natural como algo dado y lo social como lo construido, desconoce cuánto hay de construcción en las lecturas ideológicas sobre los cuerpos sexuados. Cuando analizamos y miramos las diferentes corporeidades, ya lo hacemos cargados con un bagaje y cosmovisión sostenida y anclada en el género (García –Granero; 2017). En este sentido Wiitig (2006) desarrolla que la categoría sexo no tiene una existencia a priori, antes de que exista una sociedad. Para ella el sexo, es una categoría de dominación, pero, como categoría de dominación, no puede ser producto de una dominación natural, sino, producto de la dominación social de las mujeres, ejercida por los hombres, ya que no existe otra dominación que la social. Para esta autora, por lo tanto, el sexo, es una categoría política, que funda la sociedad en cuanto heterosexual. Este y la institución naturalizada de la heterosexualidad, son constructos, fetiches, socialmente instaurados y reglamentados, no naturales.

Desde el momento en que nacemos se nos asigna un sexo, al cual le correspondería un género. Ahora bien, parafraseando a Simone de Beauvoir (1998) no nacemos mujeres, sino que llegamos a serlo⁴; es a través del proceso de socialización de género, en el cual intervienen diferentes actores como las familias, la escuela, los medios de comunicación; que los sujetos aprenden modos de sentir, de actuar y de pensar, de estar en el mundo, relacionados con su género asignado.

Históricamente las maneras de ser mujeres y hombres han sido pensadas desde lugares fijos, estereotipados, que generalizan y borran las particularidades de los sujetos. Los

⁴ Beauvoir, Simone (1998). *El segundo sexo*. Madrid: Cátedra, Universitat de València

estereotipos son ideas que la sociedad construye acerca de lo que se espera que sea o haga una mujer y un varón. Por estereotipos de género se entiende el “conjunto estructurado de creencias compartidas dentro de una cultura o grupo acerca de los atributos o características que posee cada género” (Moya, 2003).

Lo masculino se asocia mayoritariamente a la esfera público-política, al espacio de producción, el uso de la razón y el pensamiento abstracto. Se espera que los hombres sean fuertes física y emocionalmente; seguros de sí mismos; “jefes” del hogar y los principales proveedores.

Lo femenino está vinculado a la esfera privado-doméstica, al espacio de reproducción, a la expresión de los sentimientos. Se espera que las mujeres sean dulces, dóciles, sensibles, buenas “madres y esposas”.

Feminización de los cuidados

Retomando la historia, en la segunda mitad del siglo XVIII se producen una serie de transformaciones en la sociedad occidental, a partir de la Revolución Industrial la cual implicó fuertes transformaciones en las relaciones de trabajo; aquí la que más nos interesa es la división entre esferas de producción, esto es, la fábrica por un lado, el hogar por el otro y la conformación de la masa que vende el tiempo de su fuerza de trabajo por un salario. El trabajo masculino resulta el sostén económico de la familia. El hogar, que antes fuera una unidad rural de producción y consumo, se convierte fundamentalmente en el espacio de la reproducción biológica y emocional de los nuevos sujetos (Morgade, 2001).

Paralelamente a esta nueva situación surgieron justificaciones apoyadas en las ideas de una supuesta naturaleza femenina” como las mujeres son madres —gestan y paren— su ámbito por excelencia es el hogar” (Morgade, 2001), esto, así mismo las dotaría de “capacidades superiores” para otros aspectos del cuidado como preparar la comida, realizar la limpieza del hogar, y organizar las diferentes tareas relativas a la organización familiar y de cuidados. Ahora bien, resulta evidente que ninguna mujer o femineidad, nace sabiendo realizar estas tareas, sino que son aprendidas en el seno de las familias o de la comunidad, y transmitidas de generación en generación.

La valorización del cuidado ha emergido como resultado de su crisis, en tanto ésta ha permitido visibilizar la importancia fundamental y el valor que esta actividad tiene y significa para los seres humanos. De acuerdo con Rico y Maldonado (2011) la crisis del cuidado está vinculada “al aumento del número de personas que por su condición necesitan del cuidado de otros, a la reducción de la proporción de personas, principalmente mujeres, que están en condiciones de proveer en las familias el cuidado y también por la reivindicación de las mujeres de no ser las únicas y omnipresentes cuidadoras en la sociedad, confinadas al ámbito de la casa y a los roles tradicionales asociados a la maternidad y la feminidad” (Rico y Maldonado, 2011). El progresivo ingreso de las mujeres al mercado laboral se ha producido como resultado de procesos emancipatorios; de cambios culturales, como también de la búsqueda de estrategias de supervivencia económica en contextos de crisis económicas. Los hogares también han experimentado cambios significativos; cada vez más mujeres son económicamente responsables de sus familias, ya sea como “jefas de hogar” o como contribuyentes esenciales al ingreso familiar. Por lo tanto, el modelo del “hombre como el único proveedor del ingreso económico de los hogares y la “mujer cuidadora”, no sólo deja de ser representativo de las estructuras familiares, sino que no es sostenible frente a las realidades socioeconómicas de los países de la región (CEPAL; 2020).

A pesar de estas crisis, que ponen en el centro a los cuidados como problema social a dar respuesta por parte del Estado, las políticas públicas continúan siendo deficitarias y en su mayoría las mujeres permanecen asumiendo las responsabilidades de brindar cuidados. La sobrecarga en los cuidados impacta en diferentes aspectos de la vida de las mujeres, incluyendo su condición social, laboral y cultural.

El género como determinante clave en los procesos de salud-enfermedad- atención.

La salud es mucho más que la ausencia de enfermedad, desde una mirada integral consideramos que la salud de los sujetos está atravesada por aspectos culturales, económicos, mentales, emocionales y sociales que hacen de la salud su texto y contexto; parafraseando a Floreal Ferrara la salud constituye el incesante accionar del hombre, frente al universo físico, mental y social en el que vive para modificar su realidad, es decir que “la salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico social y mental le impone; y cuando de esa lucha logra

resolver tales conflictos, aunque para ello deba respetar la situación física, mental o social en la que vivimos, modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones” (Ferrara; 1975).

Las condiciones de vivienda, el acceso a agua potable; la distribución de poder, las condiciones económicas y acceso a bienes y servicios; el acceso a la atención sanitaria, a la educación y a la escolarización; todo ello forma parte de los determinantes sociales en salud es decir "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (OMS; 2009) como ser políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos.

Dentro de estos determinantes sociales consideramos al género como clave en los procesos de salud-enfermedad- atención. Las construcciones sociales de género condicionan los modos en que varones y mujeres protegen su salud, perciben síntomas, transitan enfermedades, subjetivizan malestares, acceden a los sistemas de salud y toman decisiones relacionadas al cuidado de su salud-enfermedad⁵.

Según la OMS (2009) los determinantes sociales en salud, son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país. La noción de inequidad adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OPS se reserva para las desigualdades que son “innecesarias, evitables e injustas”⁶ la equidad en salud comprendería entonces eliminar las disparidades evitables en la salud y sus determinantes entre grupos humanos con diferentes grados de privilegio social. Es preciso subrayar que el problema no es que existan desigualdades, sino que las desigualdades pongan sistemáticamente en desventaja a un grupo.

En este sentido y siguiendo a Elsa Gómez (2002) la equidad de género en el ámbito de la salud podría entenderse como la eliminación de aquellas disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres que se asocian con desventajas sistemáticas en el contexto socioeconómico. En el estado de salud, la equidad de género implica el logro, de niveles comparables de bienestar físico, psicológico y social tanto para las mujeres como para los

⁵ Martínez Benlloch, 2003; Cardaci, 2004; Gómez Gómez, 2002; Tajer, 2002; Velasco Arias, 2006, entre otros/as.

⁶ Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo, División de Salud y Desarrollo Humano, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América. Dirección postal: 525 Twenty-third St., N.W., Washington, D.C. 20037, Estados Unidos de América

hombres; en lo que respecta a la atención de la salud, la equidad de género implica que, los recursos se asignen de acuerdo con las necesidades específicas de hombres y mujeres; que los servicios se reciban según las necesidades particulares de cada uno; y que el financiamiento y pago de los servicios se ajusten a la capacidad económica y no a los riesgos propios de cada sexo o a sus necesidades. Por último, en cuanto a la participación para la producción de la salud, la equidad de género demanda a que se distribuyan con equilibrio y justicia entre los géneros las responsabilidades de trabajo, los beneficios del desarrollo y el poder de decisión.

El enfoque de derechos humanos en salud, propone una serie de principios, acordados a nivel internacional en distintos instrumentos legales, que deben guiar la planificación, elaboración y evaluación de las políticas públicas que se desarrollen en este campo. La importancia de centrar la mirada en los DDHH, radica en la concepción de los sujetos como titulares de derechos y empoderados y no como beneficiarios de la asistencia del Estado; el que por su parte está obligado a respetar, proteger y hacer cumplir; y la perspectiva de género como estrategia para lograrlo (Fuentes, 2017).

Pero en muchas oportunidades, sucede que las desigualdades entre los géneros quedan opacadas u ocultadas por estas igualdades formales, y los derechos adquiridos en los últimos años, aunque las leyes y los derechos formales han avanzado significativamente, esto no garantiza que las desigualdades desaparezcan. En este sentido consideramos que “es necesario profundizar el análisis para no detenerse en las herramientas legales y considerar que por su existencia eliminamos las desigualdades que no permiten la manifestación de las diferencias” (Guzzetti, 2014). Consideramos fundamental pensar que la perspectiva de género, “no es solamente una categoría analítica, sino que también es una estrategia metodológica, que orienta la acción, las estrategias y los objetivos a lograr (principio ético-político) y un modelo de intervención social encabezado por el principio de equidad entre los géneros” (Guzzetti 2014).

CAPÍTULO II

Un recorrido por el Centro de Salud Santa Teresita

En este capítulo hablaremos del Centro de Salud Santa Teresita, institución donde realicé las prácticas pre profesionales durante el periodo comprendido entre los años 2015 a 2018. Muchos de los datos que aquí se expondrán fueron extraídos de trabajos anteriores de mi autoría junto a otras compañeras, y que se enmarcan principalmente en las materias de Práctica Profesional II y III.

El Centro de Salud Santa Teresita se encuentra ubicado en el barrio Acindar, dentro de las instalaciones del Distrito Sudoeste de la Ciudad de Rosario (calle Av. Francia 4400). El Centro de Salud atiende a un territorio específico que comprende los barrios Santa Teresita, Santa Lucia, Alvear, Acindar, parte de los asentamientos Vía Honda, El Patito y otros más recientes sin nombre aún.

Forma parte de la red de salud pública municipal como efector del primer nivel de atención dentro de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS). El Gobierno Municipal de Rosario organiza sus acciones referentes a la salud pública a través de la Secretaría de Salud Pública, que tiene la función de organizar este sistema, y de administrar y ejecutar las acciones, planes, proyectos y programas de salud que se desarrollen dentro del municipio. En sus lineamientos se hace hincapié en las ideas de: equidad, protagonismo de la comunidad, eficacia social y contextualización de las prácticas de los trabajadores de la salud (Garma, 2010). La estrategia llevada a cabo, está conformada por tres niveles de atención: un primer nivel que incluye a los Centros de Salud Municipales y algunas vecinales (distribuidos por los diferentes Barrios de la ciudad, organizados por distrito); un segundo nivel de hospitales de mediana complejidad (hospitales Roque Sáenz Peña, Carrasco y Alberdi; dos maternidades; el ILAR y el CEMAR); y un tercer nivel constituido por las áreas de mayor tecnología y alta complejidad (Hospital de Niños Víctor J Vilela y el HECA) (Garma, 2010).

La Atención Primaria en Salud, según lo que expresan sus fundamentos, surgió con la meta de alcanzar la “salud para todos en el año 2000”, y propugnaba basarse en “métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo

que la comunidad y el país pueda soportar, en toda y cada etapa del desarrollo, con un espíritu de auto-responsabilidad y auto-determinación”(Alma-Ata,1978).

A su vez en su artículo VII, se postulan dos pilares básicos, que el enfoque de prestación de salud esté caracterizado por la equidad, la acción intersectorial y la participación comunitaria; y que la estrategia involucre los siguientes contenidos: educación sanitaria, lucha contra enfermedades transmisibles, tratamiento de lesiones y enfermedades corrientes, salud de la madre y el niño, inmunizaciones, suministro de alimentos y nutrición adecuada, suministro de medicamentos esenciales, suministro de agua potable y saneamiento básico (Alma-Ata 1978).

Pero la característica fundamental es que la APS como estrategia, se constituye en el eje ordenador de todo el sistema de salud. La “atención primaria” nos podría promover a pensar que se trata de aspectos exclusivos del primer nivel de atención o del primer contacto, cuando en realidad el enfoque de APS abarca la totalidad del sistema, en los tres niveles de atención e involucra la acción comunitaria de forma integral, con un enfoque centrado en los sujetos, la familia y la comunidad, dicho esto la APS, no debe confundirse con el primer nivel de atención o con los servicios básicos de salud (Quintero y otros; 2024).

Si tenemos en cuenta los lineamientos de APS que se mencionaron anteriormente, y lo que significa trabajar en una institución territorial de primer nivel, entendemos que el Centro de Salud no debería esperar pasivamente a la población, sino que debería buscar estrategias que la interpelen, “la APS implica partir del diagnóstico de necesidad de una comunidad concreta para, desde allí, organizar los recursos y acciones; implica asumir una perspectiva bio-psico-social con actuaciones interrelacionadas de esos ámbitos que, a su vez, coordinan la prevención, la Promoción de Salud con el tratamiento y la rehabilitación; implica, un trabajo en equipo y la participación activa de la comunidad”(Cucco, 2001).

La APS como estrategia de atención de la salud, tiene correlato con un cambio de paradigmas desde el Modelo Médico Hegemónico, hacia el modelo de la Medicina Social. Por el primero entendemos “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 e 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” (Menéndez, 1988), siendo algunos de sus principales rasgos estructurales el biologicismo, el individualismo, la ahistoricidad, la participación subordinada y pasiva del paciente, etc. El MMH reduce la mirada a la enfermedad excluyendo la red de relaciones sociales y culturales que intervienen en el proceso salud/enfermedad. En contraposición nos encontramos con el modelo de la Medicina Social, el cual aparece con el aporte de las ciencias sociales en sus distintas disciplinas (Sociología, Antropología, Psicología y psicoanálisis), el proceso salud-enfermedad es visualizado como fenómeno multidimensional, en el que intervienen distintos condicionantes, los cuales se configuran sobre patrones sociales. Este enfoque afirma la existencia de perfiles patológicos determinados histórica y socialmente; lo social no aparece como una dimensión más, sino que es la dimensión que explica el proceso en sí. Los fenómenos de reproducción social, las clases sociales y el proceso de trabajo, se conciben como variables explicativas del proceso de salud – enfermedad de los distintos grupos humanos.

Ahora bien, “que se trabaje en APS no dice del marco de referencia que usamos para leer e intervenir sobre la realidad” (Vidal, 2014). Los dos grandes modelos mencionados anteriormente coexisten en la realidad, e implican diferentes modos de abordar la salud-enfermedad de los sujetos.

Historia. El Santa Teresita cuenta.

El Centro de Salud “Santa Teresita” en sus comienzos por el año 1992, se encontraba en calle Iriondo N° 4740 junto a la vecinal Santa Teresita e inicialmente estaba formado por una médica pediatra y una enfermera. En el año 1998 la ciudad elabora su Plan Estratégico Rosario (PER) y el centro pasa a formar parte de la red de Salud en primer nivel (APS).

El centro fue creciendo junto al barrio Acindar, con la clara intención de facilitar la visibilización de los actores municipales en su compleja cotidianeidad, apuntando a la construcción de ciudadanía desde el área de la salud. A partir de la vinculación con el barrio se fueron incrementando las demandas, y es así cómo se incorporan al centro más profesionales: una médica, una enfermera, una obstetra, otra pediatra, una psicóloga, una trabajadora social y médicos y médicas generalistas.

A partir del año 2009 el Centro de Salud comienza a formar parte del distrito Sudoeste, inaugurado el 12 de septiembre del mismo año. Con su habilitación se completó el proceso de descentralización administrativa, iniciado por la Municipalidad de Rosario, que organizó la ciudad en seis distritos: Centro, Norte, Noroeste, Oeste, Sur y Sudoeste.

En la actualidad el centro cuenta con un equipo de: tres administrativos, dos personas de mantenimiento, tres enfermeras, tres médicas generalistas, dos pediatras, una tocoginecóloga, dos clínicas, una farmacéutica, un odontólogo, una psicóloga, una kinesióloga y una trabajadora social.

Al interior del Centro de Salud, además de los integrantes del equipo, están continuamente latentes otros actores institucionales que, sin pertenecer a la institución, juegan un rol importante en ella. Como principales, podemos mencionar al Centro Municipal Distrito Sudoeste, que al incluir al Centro de Salud hace que la relación con otros organismos del Estado sea más directa; al Centro de Convivencia Barrial (CCB); los comedores del barrio, los jardines, las escuelas; la vecinal del barrio (Vecinal Barrio Acindar); la casa de la cultura del barrio Alvear; y los centros comunitarios.

Todas estas instituciones comparten la característica de formar parte de la zona sudoeste de la ciudad, pero desde el Centro de Salud también se interviene estratégicamente en vinculación con otras instituciones que no forman parte del barrio. Cabe mencionar en este sentido a los demás niveles de atención de salud; al Servicio Público de la Vivienda y el Hábitat; a la Dirección Provincial de Vivienda y Urbanismo; La Dirección Provincial de Niñez, Adolescencia y Familia; y la Defensoría del Pueblo.

Los vínculos interinstitucionales no siempre se dan de manera armoniosa y muchas veces estas relaciones se ven signadas por los desacuerdos, la falta de entendimiento, la falta de comunicación o el conflicto en relación a los diferentes intereses, puntos de vista, paradigmas de intervención, etc.

Población

La población que concurre al Centro de Salud diariamente es muy heterogénea. Dentro de su diversidad podemos nombrar familias, niños, niñas y adolescentes. Como característica común encontramos que todos pertenecen al radio territorial del Centro de Salud. Asimismo, encontramos otros caracteres comunes que se relacionan a las fuentes de ingreso de las

familias: la gran mayoría de los pacientes poseen trabajos informales o no sostenidos en el tiempo, como por ejemplo: la realización de “changas” esporádicas o la venta ambulante de diversos productos. Otros/as sólo perciben ingresos a partir de pensiones no contributivas, jubilación, tarjeta única de ciudadanía, o la Asignación Universal por Hijo. Como consecuencia de esta inestabilidad laboral, es una población que se caracteriza por no poseer obra social.

Siguiendo con esta caracterización de la población, podemos decir que en su mayoría presentan problemáticas relacionadas con: el hábitat, entendiéndolo no sólo en su aspecto material de la vivienda sino también como un espacio simbólico de interacción social; los ingresos económicos, insuficientes para cubrir sus necesidades básicas, generando una situación de sobrevivencia y no un buen vivir; y situaciones de violencia: vincular, intrafamiliar, de género.

Podemos decir también que la “familia tipo”, constituida por una madre, un padre y sus hijos e hijas, no representa a la mayoría de las familias del barrio que se atienden en el Centro de Salud. Percibimos, a diferencia, una gran cantidad de “familias monoparentales”, donde generalmente la mujer está a cargo de sus hijos. La presencia mayormente femenina en la sala de espera y los consultorios es notoria. Creemos que esto se debe, al menos en parte, al rol socialmente asignado y esperado que debe ocupar la mujer dentro de la familia: aquel que la ubica como principal responsable y cuidadora de las infancias y del grupo familiar.

Los sujetos que “demandan atención a las unidades de trabajo social en salud pública constituyen parte de la población cuyo acceso a recursos para el ejercicio de derechos ciudadanos se encuentra limitado por su posición subalterna en la estructura social” (Nucci, 2018). Su inclusión en procesos de intervención demanda una comprensión integral de los procesos de salud-enfermedad-atención, considerando las diversas posiciones según género, raza, etnia, estructura social. Además es importante evaluar el acceso a recursos para resolver necesidades en forma individual o familiar, así mismo es fundamental tener en cuenta aquellas circunstancias que se relacionan con condiciones de vida más amplias, como las del territorio en que viven, las condiciones ambientales, del hábitat, de empleo, de acceso a los sistemas de salud, educación, seguridad social, etc. (Nucci, 2018).

El Trabajo Social como Matricial

Los profesionales matriciales dentro del Centro de Salud son la Trabajadora Social, la Psicóloga, el Odontólogo y la Ginecóloga, según Sousa Campos (1998) “el apoyo matricial en salud tiene por objetivo asegurar un respaldo especializado a profesionales y equipos responsables de la atención en el ámbito de salud. Se lo define como una metodología de trabajo complementaria. El apoyo matricial apunta a ofrecer soporte técnico pedagógico y respaldo asistencial especializado a los equipos de referencia, dependiendo de la construcción compartida de directivas sanitarias y clínicas. Los profesionales actuantes en la práctica del apoyo matricial deben estar preparados para trabajar con grupos heterogéneos y con posibilidades que van más allá de acciones limitadas al campo de la salud” (Sousa Campos, 1998). De esta manera,” los equipos que trabajan con apoyo matricial obedecen a una composición multiprofesional, variable, conforme a las circunstancias: dependiendo de si se está trabajando en atención primaria, hospital, o especialidades, etc.; las características del territorio y la disponibilidad de recursos” (Sousa Campos, 1998).

Siguiendo esta idea, los profesionales médicos, tienen la responsabilidad de atender no sólo los problemas relacionados con la cuestión biológica que implica la atención de la salud, sino también poder detectar las problemáticas a tratar conjuntamente con Trabajo Social y Psicología para poder “derivar” o intervenir en equipo, “la inclusión de las dimensiones económicas, sociales y culturales en la conceptualización de la salud, así como la perspectiva de derechos de ciudadanía abren puertas para incorporar explicaciones y estrategias de intervención integrales (...). Esta perspectiva no concierne solo al Trabajo Social sino a todos los agentes involucrados en la prestación de servicios de salud pública y forma parte de los contenidos de las políticas implementadas” (Nucci, 2018).

El Trabajo Social, dentro de la institución, como se especificó anteriormente, es parte de lo que se denomina “apoyo matricial”. De esta manera, al espacio de la profesión, llegan demandas de intervención desde: por un lado, los equipos de referencia, siguiendo la lógica de “derivaciones”; y, por otro lado, de manera espontánea, es decir, pacientes que acuden directamente en búsqueda de atención de la trabajadora social. En este sentido y retomando a Cazzaniga estas demandas que enuncian y describen las problemáticas sociales a las que los pacientes están buscando respuesta, “se expresan mediadas por la construcción imaginaria, los preconceptos y percepciones que los mismos tienen de la institución, la profesión, las

capacidades e incumbencias del/la profesional y la propia percepción de sus problemas y necesidades, en un contexto socioeconómico e histórico particular” (Cazzaniga, 1997). La intervención profesional, es decir “la puesta en “acto” de un trabajo o acciones, a partir de una demanda social (solicitud de intervención), en el marco de una especificidad profesional” (Cazzaniga, 1997); involucra un despliegue de recursos institucionales, materiales, simbólicos, teóricos, epistemológicos, técnico-operativos, etc. que la trabajadora social elige y combina según la estrategia creativa de intervención que considere más pertinente.

CAPÍTULO III

Las voces de las principales protagonistas

En el siguiente capítulo se reflejarán las voces de las principales protagonistas: las mujeres que asisten al Centro de Salud Santa Teresita y algunas profesionales trabajadoras de la institución. Para poder conocer la perspectiva de las mujeres, se utilizaron como método de recolección de datos 20 encuestas⁷ al azar, es decir, que se formularon a todas las entrevistadas la misma serie de preguntas preestablecidas en el mismo orden o secuencia y con un número limitado de categorías de respuesta. Por otro lado, en lo que respecta a las trabajadoras de la institución se realizaron entrevistas semiestructuradas a través de una guía de preguntas con cierto grado de flexibilidad, de manera que las entrevistadas puedan pensar y reflexionar acerca de sus puntos de vista.

Mujeres en salud: entre el cuidado y la atención

Como era de esperar la “sala de espera” del Centro de Salud, aquella mañana en que se llevaron adelante las encuestas, estaba compuesta mayormente por mujeres. Largas colas para acceder a turnos y para recibir los medicamentos de la farmacia del Centro de Salud; asientos ocupados por ellas, aguardando el llamado de los/as profesionales. Muchas de las mujeres no estaban solas, estaban acompañadas por niños y niñas, que intentaban entretenerse en el espacio con algunos juguetes que traían desde sus casas.

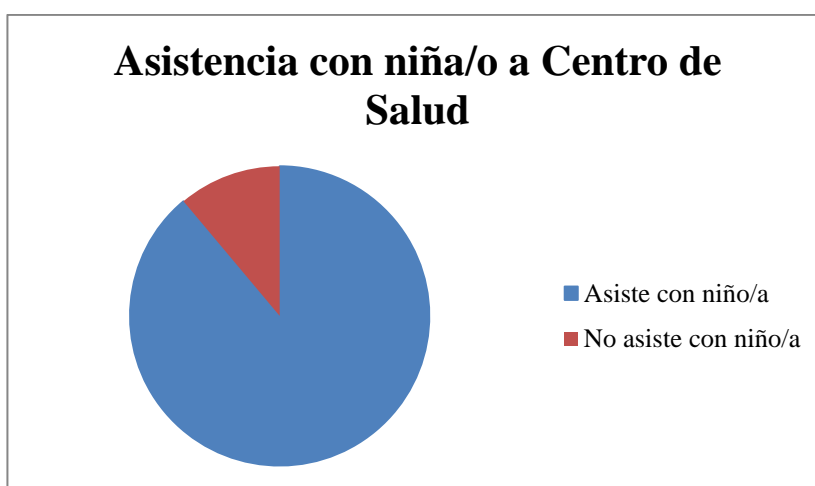
Mientras se realizaban las entrevistas, surgían también sus historias de vida; su composición y su organización familiar. Una de las entrevistadas, me relató que tiene cinco hijos, que intenta asistir con una, la más pequeña, mientras que sus otros hijos, se quedan bajo los cuidados de su hijo/a mayor.

Otra de las entrevistadas, expresó, que ese día asistía a la psicóloga, que a veces tenía con quien dejar a su hijo más pequeño y a veces lo tenía que traer e incluso entrar con él a la terapia, que esto dependía de su compañero, si estaba en su casa y no trabajaba. Que ella ya no quería ser madre nuevamente ya que se le dificultaba mucho su organización con dos niños y el no poder contar cotidianamente con otro familiar para el cuidado.

⁷ Ver anexos

No todas eran madres de esos niños y niñas, una de las consultadas refirió ser la abuela de la niña que la acompañaba, mientras que otra, relató ser hermana mayor del niño que con ella se encontraba.

Muchas de las mujeres refirieron que de vez en cuando asisten al Centro de Salud unas “chicas” que intentan organizar en el patio, si el día esta agradable o en la sala de espera, alguna actividad con los niños y niñas que se encuentran en el momento, que esto los mantiene entretenidos, pero ese día no se encontraban.

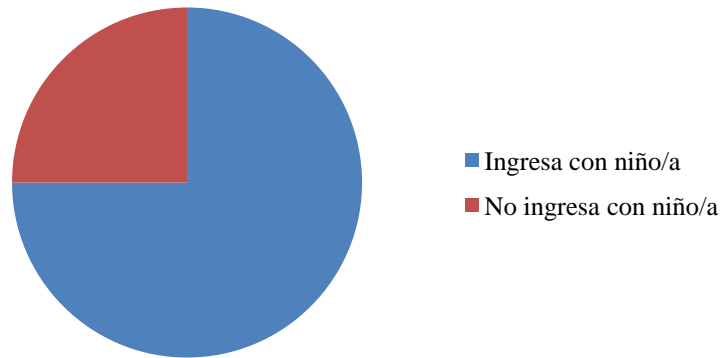


- **Muestra: 20 encuesta**

Ahora bien, aquellas mujeres que respondieron que no asisten al Centro de Salud con los niños/as que tienen bajo su cuidado, manifestaron que los niños se quedan en sus domicilios bajo el cuidado de otro/as hermanos/as.

Por otro lado, aquellas mujeres que indicaron que no ingresan al consultorio con los niño/as, refieren que los mismos a veces se quedan solos en la sala de espera o con alguna otra persona cuando cuentan con ello.

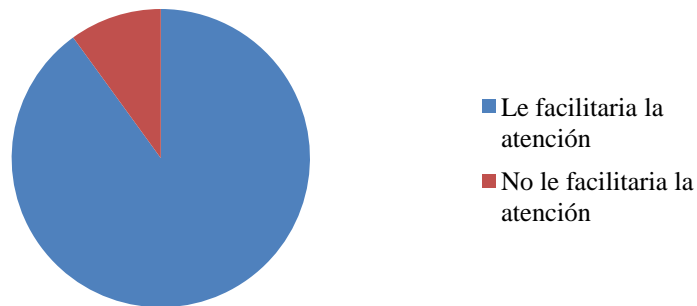
Ingreso a Consultorio con niña/o



- **Muestra: 20 encuestas**

Por último es de destacar que todas las mujeres que refirieron que se encuentran bajo el cuidado de niños y niñas, han manifestado que les facilitaría la consulta, un espacio de cuidado en el Centro de la Salud.

Espacio de Cuidado en Centro de Salud



Ecos del Consultorio

Como bien se ha explicado anteriormente, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas a algunas de las profesionales que desempeñan sus labores en el Centro de Salud Santa Teresita: Marisa Waxemberg médica Generalista, quien trabaja en el Centro de

Salud desde el año 2009 y María del Valle Angigrama, Trabajadora Social, quien trabaja en la institución desde el año 2021.

En primer lugar se les consultó cuántas mujeres atienden por día, a los fines de conocer el flujo de pacientes que reciben y el porcentaje de la presencia femenina en el consultorio, Marisa nos relata que, “la mayoría de la población que nosotros atendemos habitualmente es femenina, el noventa por ciento de las atenciones que hago, son a mujeres, o niños que vienen acompañados por sus madres” (Waxemberg, 2024). Por su parte la Trabajadora Social manifiesta: “yo no siempre atiendo a las personas específicamente que vienen a las consultas como a los médicos, pero sí hay días que si tengo agendas programada, y de ese día el promedio es de cinco personas hay un varón” (Angigrama, 2024).

El ingreso de las infancias al espacio de consultorio está atravesado por las edades de los niños y por las posibilidades de las mujeres de contar con algún otro/a para delegar en ese momento de la atención de su salud las tareas de cuidado. Pero también hay situaciones que requieren de la privacidad de ese momento, y son las propias profesionales quienes deciden que los niños/as, permanezcan por fuera del consultorio. A veces quienes ocupan este rol de cuidadoras son las trabajadoras de convivencia Barrial o algún otro profesional de la institución, en este sentido la médica generalista comenta: “(...) las mujeres que tienen pequeños, niños bebés, muchas veces vienen con sus bebés, y los traen en un cochecito, y lo dejan en un cochecito al bebe y mientras tanto me consultan. A veces cuando son niños pequeños, los entran al consultorio, o a veces lo dejan al cuidado de algún otro familiar en la sala de espera, o a veces se quedan solos en la sala de espera porque son más grandes. Muchas mujeres buscan la manera de dejar a los niños al cuidado de alguien cuando se tienen que venir a atender, fundamentalmente, si es para una consulta de tipo ginecológico, intentan, pero a veces pueden y a veces no pueden” (Waxemberg, 2024). Así mismo agrega: “si yo estoy con una paciente que tiene mucho riesgo, está muy vulnerada, que nunca se hizo un control, que no viene nunca a la consulta, que viene con la idea de realizar esa práctica, está motivada y justo a lo mejor está con los niños, voy a buscar que alguien los cuide durante un ratito, alguien que esté circulando por el Centro de Salud y en ese momento no tenga ninguna tarea específica pueda acercarse y cuidarlo” (Waxemberg, 2024). Desde su espacio la Trabajadora Social comenta: “...hay mujeres que por más que tengan niños a cargo vienen solas, a menos que sean bebés o que no estén en edad escolar, pero normalmente los que están en edad escolar van a la

escuela. Si ha pasado algunas situaciones más complejas que por ahí requieren cierta intimidad, incluso cuando a veces vienen a hablarme de problemáticas relacionadas a sus hijos, a alguna problemática que estén atravesando sus hijos, ahí si tomo la decisión de que el niño/a se vaya” (Angigrama, 2024).

Si bien para el armado de un proyecto terapéutico la presencia de las mujeres junto a los niños/as en el consultorio, permite observar cómo se desarrollan los vínculos, por quienes vienen acompañadas esas mujeres además de las infancias y en qué circunstancias está siendo acompañada, en lo concreto de la atención clínica más específica, siempre resulta más incómodo tanto para las mujeres como para los profesionales. Desde su perspectiva la médica generalista expone: “tampoco es lo más conveniente que el niño observe ese tipo de prácticas semi invasivas en la mamá, porque no entienden, por ejemplo, colocarle a una mujer un espéculo, no es algo que sea conveniente que un niño que no entiende bien lo vea, a mi modo de ver, no es lo más conveniente; o un niño que es inquieto hay situaciones que pueden ser riesgosas y la madre por ahí está o puede ser que no esté pendiente al niño y la que tengo que estar pendiente al niño soy yo y a mí eso me interrumpe en mi concentración y en mi lado de cómo dar las indicaciones o al revés, yo a lo mejor me concentro y estoy enfocada en atender al paciente y la paciente está pendiente de su hijo y se distrae” (Waxemberg, 2024).

Hay situaciones que dejan marcas en la biografía de las instituciones y que invitan a repensar los espacios en los cuales se trabaja cotidianamente, pero sumado a esto son necesarios, por un lado recursos presupuestarios para que los Centro de Salud en la actualidad puedan mejorar sus condiciones edilicias y por otro lado, pensar a las instituciones desde el enfoque de cuidados y ampliar las ofertas en los territorios, en este sentido, la Trabajadora Social reflexiona: “la realidad es que tenemos bastante naturalizado esta permanencia o circulación de niños y niñas acompañando a las mujeres a hacer lo que tienen que hacer. Pienso que al no haber una oferta que pueda revertir eso, excluye a las mujeres del acceso. Si nosotros le impedimos que vengan con los niños/as, probablemente no vengan” (Angigrama, 2024).

Por su parte Marisa médica generalista refiere: “yo creo que a raíz de situaciones que se han dado y todo, este es un Centro de Salud en el que se han repasado y evaluado en múltiples aspectos y características las condiciones que tienen que tener los consultorios y demás espacios para que fueran lo menos riesgosos posibles para las infancias; lo cual no quiere decir que no sean riesgosos, porque tanto el mobiliario, como distintos elementos que están en el

consultorio, como insumo van variando se van cambiando. Las condiciones no son las ideales y más aún, cuando las condiciones que de entrada se pensaban para que esta institución funcionara correctamente se ha ido deteriorando. Estaba pensado para tener aire acondicionado central y de golpe los aires acondicionado no funcionan y hay ventiladores que tiene cables, aspas, estaba pensado para que tenga aire caliente, no funciona y entonces terminamos teniendo que tener estufas que o son eléctricas y se calientan o son a gas y tienen gas. Esas son situaciones que los vuelven peligrosos a los consultorios” (Waxemberg, 2024).

Con el objetivo principal de mejorar la atención de salud de las mujeres y contribuir a la equidad de género en salud, se propone la idea de crear un espacio dedicado al cuidado de las infancias que acompañan a las mujeres durante las consultas. Con respecto a esto la médica generalista expone: “(...) respetar a la mujer en su condición es por un lado, generarle la idea de que no está mal que puedan dejar a los niños para que puedan tomarse de su tiempo para cuidarse, pero que por otro lado si no pueden hacerlo también darles alguna ayuda o alguna resolución dentro del Centro de Salud” (Waxemberg, 2024). Por otro lado, María del Valle concluye: “yo creo que tu propuesta tiene una doble dimensión, por un lado, ofrecer un espacio a los niños, y por otro lado es una intervención, hacia la población toda del Centro de Salud, de no naturalizar que los niños estén todo el tiempo pegados a las mujeres, a las mamás, porque no tienen otros referentes u otras personas que acompañen en esa crianza de ese niño/a. Es una doble intervención que aborda ambas cuestiones” (Angigrama, 2024).

CAPÍTULO IV

En el siguiente capítulo se presentará una propuesta de intervención en el Centro de Salud Santa Teresita de la ciudad de Rosario; para dar respuesta a la situación problemática planteada en la introducción de este TIF. La misma ha sido pensada y construida con los aportes de los principales actores involucrados en la situación, las mujeres que asisten al Centro de Salud y las profesionales que allí desempeñan sus tareas laborales.

Así mismo, para la construcción del proyecto, al cual entendemos como “conjunto de acciones organizadas para la obtención de determinados resultados en un lugar y tiempo determinados” (Brawerman, 2003) se utilizarán diferentes aportes provenientes de la Planificación Social entendiendo que planificar es reflexionar, pensar y analizar la realidad en la que vivimos, el futuro que queremos alcanzar, y la mejor forma de hacerlo, y que no existe un método, una técnica de aplicación universal, sino que cabe a quien planifica seleccionar de forma creativa en cada situación particular, cuáles son los instrumentos, más potentes para lidiar con la realidad (Gallo).

Por último y teniendo en cuenta la propuesta que se desarrollará se utilizarán aportes dirigidos principalmente al diseño, construcción e implementación de espacios de juego para las infancias.

Propuesta de Intervención

LA LUDOTECA AMIGABLE DEL SANTA TERESITA

“Jugando nos cuidamos y cuidamos de quien nos cuida”

A) Problema.

Dificultad en el acceso a la salud de las mujeres que se encuentran bajo el cuidado de las infancias

B) Ubicación geográfica.

Centro de Salud Santa Teresita de la localidad de Rosario ubicado en calle Av. Francia 4000.

C) Justificación.

Surge del diagnóstico que se ha realizado respecto de la situación problemática planteada que un alto porcentaje de pacientes mujeres, asisten al Centro de Salud para su atención en compañía de niños y niñas que tienen bajo su cuidado.

En el marco del consultorio, la presencia de las infancias hace que muchas mujeres estén más atentas a los niños/as que a los profesionales, interfiere el marco de la privacidad de su cuerpo y del fluir de la palabra ante relatos complejos de la vida de las mujeres. En algunas ocasiones son los mismos profesionales de la salud, dentro del consultorio o en la sala de espera, los que tienen que estar atentos a las infancias, dificultándose su labor y la calidad de la atención brindada.

Es ante este escenario que se propone la creación de un espacio destinado al cuidado de las infancias, con el objetivo de mejorar la atención y el acceso a la salud de las mujeres que ejercen tareas de cuidado, entendido que la realidad del Centro de Salud debe ser receptiva de, y adecuarse a la realidad de las mujeres que ejercen dichas tareas.

Este espacio no solo contribuiría a las mujeres y a los profesionales, sino también a las infancias, que tendrán un entorno seguro y adecuado donde poder realizar actividades recreativas durante el tiempo que se encuentren en el Centro de Salud.

D) Beneficiarios/as.

Mujeres, profesionales y las infancias, que asisten al Centro de Salud.

E) Objetivos.

Objetivo General

- Crear un espacio de cuidado para las infancias dentro de las instalaciones del Centro de Salud Santa Teresita para mejorar la atención de salud de las mujeres y contribuir a la Equidad de Género en Salud.

Objetivos Específicos

- Desarrollar un programa de actividades recreativas para las infancias que asisten a la ludoteca.
- Promover la igualdad de género en el acceso a la salud integral, asegurando que las mujeres puedan recibir una atención de calidad.
- Generar una mayor participación y acceso a la salud a las mujeres del barrio.

F) Actores Involucrados.

La Secretaria de Salud Pública y la Secretaría de Desarrollo Humano y Hábitat de la ciudad de Rosario serán las encargadas de financiar económicamente el proyecto. Mientras que de manera conjunta coordinarán el espacio, profesionales del Centro de Salud Santa Teresita y trabajadores del espacio socioeducativo del CCB Itatí de la ciudad de Rosario, ubicado en calle Garibaldi 2598.

G) Actividades Previas a la Ejecución del Proyecto

Con anterioridad a la ejecución del Proyecto se seguirá el siguiente esquema organizativo:

ETAPA 1. Acondicionamiento de la ludoteca

Esta etapa estará a cargo de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario

- Instalaciones eléctricas
- Pintura
- Mobiliario
- Equipamiento (Juegos Didácticos, libros de lectura y para colorear, lápices de colores)

ETAPA 2. Organización de la Ludoteca

Con fines organizativos se llevará a cabo un encuentro entre ambas instituciones, Centro de Salud y CCB Itatí, donde se acordará quienes serán los encargados/as de permanecer junto a los niños/as en el espacio de la ludoteca y quienes funcionarán a modo de relevo o reemplazo.

Por otro lado se acordará un día mensual de reunión entre las instituciones a los fines de comunicar, informar, compartir lo acontecido en la ludoteca, y re-trabajar posibles situaciones acontecidas en el espacio.

ETAPA 3. Difusión del Espacio de Ludoteca

La difusión del espacio estará a cargo de ambas secretarías y será a través de cartelería, que estará ubicada en el Centro de Salud y en el CCB Itatí y se extenderá a otras instituciones del barrio. Así también cada profesional ofrecerá el espacio en el marco de la atención en consultorio.

También se propone la difusión del espacio de Ludoteca a través de diferentes medios de comunicación.

H) Ejecución del Proyecto. Funcionamiento de la Ludoteca

La Ludoteca funcionará los días lunes, miércoles y jueves de 9hs a 11hs, en concordancia con los días y horarios de mayor concurrencia de las mujeres a las consultas médicas.

En la misma se establecerán diferentes “estaciones” por las cuales los niños y niñas podrán transitar según sus gustos y deseos, entre ellas se desataca:

- Estación de Arte: se les brindaran materiales para que puedan dibujar, pintar colorear o realizar alguna manualidad con los elementos disponibles en el momento.
- Estación de Juego Libre: donde se ubicaran juegos didácticos de diferente índole.
- Estación de lectura: estarán a disposición diferentes cuentos y libros infantiles que los niños/ niñas seleccionaran a su gusto.

Al momento del Ingreso las/os cuidadores/as que se encuentren en ese momento registraran en una planilla el nombre de la mujer y con qué profesional se atenderá; el nombre del niño/a que se quedara en la ludoteca, la edad y el horario de ingreso. Así mismo en el apartado de observaciones, se anotará alguna particularidad del niño/a a tener en cuenta durante el tiempo que se encuentre en la ludoteca.

Las/os cuidadoras/es durante la permanencia de las infancias en el espacio tendrán la función de acompañar el recorrido de los mismos por las estaciones y supervisar su bienestar durante la estadía en la ludoteca.

Al retirarse el niño/a, quien realizó el ingreso deberá firmar la planilla y se anotará el horario de egreso del niño/a.

I) Presupuesto

Actividad	Descripcion	Tiempo (estim.)	Costos
Refacción edilicia	Instalaciones eléctricas y pintura	3 semanas	\$ 800.000
Mobiliario	Sillas y mesas infantiles Biblioteca	2 semanas	\$ 260.000
Equipamiento	Juegos didácticos, libros para leer y colorear lápices de colores, pinceles	2 semanas	\$ 700.000
Diseño e impresión de la cartelería	200 carteles	4 semanas	\$ 30.000
Difusión de ludoteca en diferentes instituciones	Pegado de cartelería(cinta adhesiva x 6)	2 semanas	\$ 20.000
Difusiones en medios de comunicación	Radiodifusoras locales	2 meses	\$ 500.000

Total presupuesto: \$ 2.310.000

J) Monitoreo y Evaluación del Proyecto

El monitoreo y evaluación del proyecto tendrá tres momentos fundamentales:

- **Ex –Ante** : se evaluará en la etapa previa a la ejecución del proyecto su pertinencia, es decir, la adecuación de las soluciones que se propone a la realidad que se pretende modificar, su coherencia interna en términos de adecuación de recursos a objetivos y de éstos a metas y actividades, y su factibilidad, o sea, la disponibilidad de los recursos requeridos y la existencia de condiciones para desarrollar las acciones esperadas (Nirenberg, O., Brawerman, J., & Ruiz, V.; 2000).
- **Ex durante:** se evaluará en qué medida se va cumpliendo el proyecto de acuerdo con la propuesta inicial, si se orienta según la direccionalidad deseable. Se realizará de forma periódica de modo de poder detectar oportunamente las debilidades y los obstáculos así como las fortalezas y las oportunidades; y de este modo poder tomar decisiones que permiten reforzar o reorientar acciones y corregir aspectos de la gestión aumentando así las posibilidades de llegar a resultados favorables.
- **Ex post:** se realizará una vez concluida la ejecución del proyecto para poder evaluar en qué medida se alcanzaron los objetivos previstos, cuáles han sido los efectos buscados como así también los no buscados, atribuibles al proyecto sobre la situación inicial que se pretendía modificar; también se identificarán los factores que contribuyeron a producir estos resultados. Esta evaluación apuntará principalmente a obtener elementos útiles para decidir si conviene seguir implementando esta línea de proyectos y, en caso afirmativo, qué aspectos pueden mejorarse en futuras formulaciones.

CAPÍTULO V

Arribando a posibles conclusiones

Aun las mujeres continúan siendo las principales responsables de las tareas de cuidado de las infancias, esta situación se acentúa mucho más, en contextos de vulnerabilidad social y económica, donde los recursos y las posibilidades de delegar dichas tareas son más limitados.

Específicamente en el recorrido que he realizado en este trabajo he evidenciado que en el campo de la salud la presencia de las mujeres que ejercen tareas de cuidado se hace aún más evidente, restringiendo sus posibilidades de acceder a una atención de salud en igualdad y equidad, y en este sentido cabe preguntarnos ¿quiénes y cómo cuidan de las que cuidan?

Considero indispensable que se continúe avanzando en la construcción de políticas integrales de cuidado y desde una perspectiva de género, que articulen de manera transversal a todos los actores que tienen injerencia en la organización social de los cuidados en detrimento de las políticas focalizadas que no hacen más que contribuir a reproducir las desigualdades en cuanto a acceso y distribución social de los cuidados en las infancias, “la lucha sobre los poderes que oprimen no puede ser individual, tiene que y debe ser colectiva” (Barbero; 2022).

La elección del Centro de Salud como institución no es ingenua. Consideramos al mismo como un espacio de construcción de sentidos y subjetividades, de promoción de cuidados corresponsables. El Centro de Salud se vuelve un lugar propicio y potencial para contribuir a la construcción y promoción de una red de cuidados integrales, como modo de resistencia, de lucha, de re- pensarnos, de cuidar y cuidarnos juntos.

Como trabajadores/as sociales en el campo de la salud, somos partes actantes de las políticas públicas, es así que nuestras intervenciones tiene que estar dirigidas a que las mujeres, puedan ejercer y el Estado garantizar el derecho efectivo a la salud, a procesos de atención accesibles, de calidad y sin discriminación (Barbero; 2022).

Este trabajo pretende ser una contribución al ejercicio profesional, teniendo presente que el principio de autonomía relativa en la que desarrollamos nuestras intervenciones, nos puede señalar límites, pero también, nos abre la puertas a las posibilidades: nada está cerrado, todo está abierto a partir de aquí, para continuar pensado cada institución en perspectiva de género y con enfoque de cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

- Barbero, J. (2022). Trabajo Social en Salud. : Repensando las intervenciones. En: Revista Cátedra Paralela, (20), 53–81. Disponible en: <https://doi.org/10.35305/cp.vi20.328>
- Berardi, C. (2020). Las políticas públicas de cuidado en Argentina. Cátedra Paralela, (17), 157-181.
- Brawerman, J., y Ruiz, V. (2003). Programación y evaluación de proyectos sociales. Buenos Aires. Editorial Páidos.
- Cazzaniga, S. (1997). El abordaje desde la singularidad. Facultad de Trabajo Social Universidad Nacional de Entre Ríos.
- Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. (1978). Alma-Ata. URSS, 6-12.
- Cucco, M. (2001). Paradigmas predominantes en Atención Primaria de Salud. X Encuentro de Psiquiatría Social, Regla. La Habana. / www.procc.org
- de la Salud, A. M. (2009). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: informe de la Secretaría (No. A62/9). Organización Mundial de la Salud.
- De Sousa Campos, G. W. (1998). Equipos matriciales de referencia y apoyo especializado: un ensayo sobre reorganización del trabajo en salud. Recuperado de: <https://www.rosario.gob.ar/ArchivosWeb/desousacampos.pdf>.
- Denzin, N. K., y Lincoln, Y. S. (2015). Métodos de recolección y análisis de datos: Manual de investigación cualitativa. Vol. IV (Vol. 4). Editorial Gedisa.
- Eje: Reconocer la Perspectiva de Género. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/eje-reconocer-la-perspectiva-de-genero.pdf>
- Fabbri, L. (2014). Ni meramente natural, ni remotamente universal: Avatares de la teoría sexo/género. Revista Izquierdas, (19), 143-157.

- Fatyass, R. y Llobet, V. (2023). Heterogeneidades Infantiles: Niñas y Niños que cuidan en un barrio popular de Córdoba. Papeles de trabajo-Centro de Estudios Interdisciplinarios en Etnolingüística y Antropología Socio-Cultural, (45), 20-50.
 - Ferrara, F. (1975). En torno al concepto de salud. Revista de salud pública de La Plata-Argentina.
 - Fuentes M. C. (2017). Aportes del Trabajo Social desde una perspectiva de género y derechos en un equipo interdisciplinario de salud sexual y reproductiva Una experiencia con mujeres privadas de libertad. ConCiencia Social. Revista digital de Trabajo Social. Vol. 1, Nro. 2.
 - Gallo, E. (s/f). Planificación en la práctica. Una guía para movimientos y organizaciones sociales. Río de Janeiro: Fundación Oswaldo Cruz y Escuela Nacional de Salud Pública.
 - García-Granero, M. (2017). Deshacer el sexo. Más allá del binarismo varón-mujer. En: Revista Dilemata, (25), 253-263.
 - Garma, M. E., Lamanuzzi, R., & Campana, M. (2010). Una Aproximación a la Gestión del Municipio de Rosario: Aportes para Re-pensar la Política de Asistencia Social a Nivel Local. Libertas, 10(2).
 - Gómez Gómez, E. (2002). Equidad, género y salud: retos para la acción. Revista Panamericana de Salud Pública, 11, 454-461.
 - Guzzetti, L. (2014). La intervención social, mirada desde la perspectiva de género. Revista Plaza Pública, 11, 76-88.
- <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/19944> ISSN 2591-5339.
- Laird, J.D. y Thomson, N.S. (1992): Psychology, Boston: Houghton Mifflin en la Comunidad Autónoma del País Vasco.
 - Landeira, F. P; Zuker, L y Llobet, V. (2023). Infancia y cuidado. Reflexiones críticas desde perspectivas relacionales. En: Revista Temas sobresalientes. Año 11 N° 25 (Enero-Abril 2023).

- Martínez, M. J. (2017). El estado de bienestar y los permisos para el cuidado de la infancia en la Comunidad Autónoma del País Vasco. *EKONOMIAZ. Revista vasca de Economía*, 91(01), 246-275.
- Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas jornadas de atención primaria de la salud*, 30, 451-464.
- Morgade, G. (2001). *Aprender a ser varón, aprender a ser mujer*. Ediciones Novedades Educativas. Bs. As.
- Moya, M. (2003). El análisis psicosocial del género. En J. F. Morales y C. Huici (Eds.), *Estudios de Psicología Social*. Madrid: UNED, 175-221
- Mujeres, O. N. U. (2020). *Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de COVID-19: Hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación*.
- Nirenberg, O., Brawerman, J., & Ruiz, V. (2000). *Evaluar para la transformación*. Editorial Paidós.
- Nucci, N., Crosetto, R., Bilavcik, C., y Miani, A. (2018). La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública. *ConCiencia Social. Revista digital de Trabajo Social*, 1(2).
- Orozco, A. P. (2006). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. En: *Revista de economía crítica*, (5), 8-37.
- Quintero, M. Á. N., Bañuelos, A. G. T., Martínez, M. P. H., & Cruz, G. G. Z. (2024). Estrategia de fortalecimiento para la Atención Primaria en Salud en unidades médicas de primer nivel. *Archivos en Medicina Familiar*, 26(5), 259-263.
- Rico, M. N. (2011). *Crisis del cuidado y políticas públicas: el momento es ahora*.
- Rodríguez Enriquez, C. M., & Marzonetto, G. L. (2016). Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina.
- Scarafoni, M. E. (2016). División sexual del trabajo doméstico y el uso del tiempo en las tareas de cuidado. *Derecho y Ciencias Sociales*, (14), 127-136.

- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Vol. 1. Barcelona. Editorial Paidós.
- Valles Martínez, M. S. (1997). Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid. Editorial Síntesis.
- Vidal, A. (2014). A Pensar Sentidos: sobre la dimensión de la APS en las prácticas en salud mental. In IX Jornadas de investigación, docencia, extensión y ejercicio profesional: "Transformaciones sociales, políticas públicas y conflictos emergentes en la sociedad argentina contemporánea (La Plata, octubre 2014).
- Wittig, M. (2006). El pensamiento heterosexual. El pensamiento heterosexual y otros ensayos, 45-57.

Anexos

Encuesta a usuarias del Centro de Salud

Marque con una cruz la opción que considere correspondiente

1- ¿Tiene bajo su cuidado o cuida habitualmente a un niño/a menor de 5 años de edad?

SI

NO

2- Cuando tiene que asistir al Centro de Salud para SU atención, ¿tiene que traer al niño o niña al Centro de Salud?

SI

NO

- Si respondió que NO indique bajo el cuidado de quien se queda el niño/a.....
.....

3- Cuando ingresa al consultorio, lo hace sola o en compañía del niño/a?

SOLA

CON EL NIÑO/A

- Si respondió que ingresa sola, indique bajo la supervisión de quien se queda el niño/a en la sala de espera.....
.....

4- Si usted ingresa con el niño/a al consultorio ¿a quién le prestaría o le presta más atención?

NIÑO/A

PROFESIONAL

- ¿Le facilitarían la consulta, un espacio para el cuidado de las infancias en el Centro de Salud mientras usted se encuentra en el consultorio con el profesional que lo esté atendiendo?
- SI NO

Entrevista SEMIESTRUCTURADA a Profesionales del Centro de Salud

- 1- ¿Te podrías presentar? ¿Cuál es tu nombre y tu profesión? ¿Hace cuánto que trabajas en la institución?
- 2- ¿Cuántas mujeres atendés por día aproximadamente?
- 3- Las mujeres que ingresan al consultorio ¿lo hacen solas o en compañía de las infancias?
- 4- ¿Cuál es tu visión respecto al ingreso de las infancias al consultorio, cuando la mujer es quien debe recibir la atención?
- 5- ¿Cómo describirías la experiencia de las mujeres que ingresan al consultorio con un niño/a?
- 6- ¿Consideras que existe algún riesgo dentro del Centro de Salud en general y del consultorio en particular, cuando las infancias se encuentran sin la mirada atenta de un adulto responsable? ¿Cómo cuáles? ¿Con qué crees que está relacionado?
- 7- Se ha intentado abordar con anterioridad esta problemática? ¿con qué estrategia? ¿Cuáles fueron los resultados?
- 8- ¿Qué recursos consideras que serían útiles en el centro de salud para mejorar la atención de salud de las mujeres y contribuir a la Equidad de Género en Salud?
- 9- ¿Conoces alguna experiencia de espacio de cuidados en salud? ¿hacia quién está dirigida? ¿te parece que se podría crear un espacio de cuidados para las infancias en el centro de salud Santa teresita dirigido a las infancias que asisten a la institución?