

Trayectorias de cuidado de la salud de mujeres en situación de pobreza y el rol de las políticas públicas de salud

Florencia Sobral Stuber¹
Universidad Nacional de Luján, Luján, Argentina

El presente informe contiene los avances parciales del proyecto de beca correspondiente a la categoría iniciación a la investigación titulado *Políticas y cuidados de la salud domésticos: trayectorias de mujeres pobres en el curso de la vida*. Dicha beca fue obtenida en el marco de la convocatoria 2019, realizada por la Secretaría de Ciencia y Tecnología en conjunto con el Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Luján.

En ese sentido, en un primer momento se realiza un breve recorrido por la fundamentación teórico-metodológica del proyecto de beca mencionado. Para luego explicitar las actividades emprendidas de acuerdo al cronograma de ejecución del proyecto, al momento de escribir el siguiente escrito. Finalmente, se plantean algunas reflexiones incipientes que nos invitan a continuar pensando la relación entre las políticas públicas de salud y las trayectorias de cuidados de la salud que llevan adelante las mujeres.

El objetivo propuesto en la investigación es describir la relación entre las políticas de cuidado orientadas a la salud desarrolladas en la localidad de General Rodríguez entre los años 2003 y 2015 y las trayectorias domésticas de cuidados de la salud que despliegan las mujeres en situación de pobreza

¹ Licenciada en Trabajo Social y finalizando Especialización en Estudios de las Edades en el Curso de la Vida (UNLu). Becaria de iniciación y docente del Departamento de Ciencias Sociales de UNLu.

teniendo en cuenta las distintas etapas del curso de la vida. En el trabajo se desarrolla la perspectiva de los Estudios de Géneros y el enfoque del Curso de la Vida, lentes que nos permiten profundizar en las trayectorias de los sujetos, en este caso de las mujeres.

Para aproximarnos a cumplir con el objetivo propuesto, en primer lugar, se tornó necesario llevar adelante una revisión bibliográfica y un análisis del material teórico con eje en los conceptos ordenadores del proyecto, para elaborar un estado del arte actualizado. Especialmente, a partir de tener en cuenta dos cuestiones: por un lado, que la noción de cuidados –tema central de abordaje en dicho proyecto– se encuentra en constante debate y construcción teórica y, por el otro, que el contexto de pandemia por COVID-19 aportó a visibilizar la centralidad que tienen los cuidados en la cotidianeidad de los sujetos, promoviendo así múltiples estudios que abordan el cuidado y su relación con la reproducción social en las Ciencias Sociales y Humanas.

A este respecto, definiremos brevemente qué entendemos por cuidados o a qué hacemos referencia cuando hablamos de cuidados. El concepto de cuidado es una categoría amplia y polisémica, de modo que comprende diversos aspectos y múltiples tareas, refiriéndonos así a “todas las actividades y prácticas necesarias para la supervivencia cotidiana de las personas en la sociedad en que viven” (Rodríguez Enríquez, 2015, p. 36). Estas acciones brindan, de manera cotidiana, tanto subsistencia como desarrollo y bienestar físico, afectivo y emocional a lo largo de todo el ciclo de vida de las personas, agregan Batthyány *et al.* (2012).

La característica principal del trabajo de cuidado es que este depende, en su gran mayoría, de las relaciones interpersonales que se establecen entre quien provee los cuidados y quien los recibe (Rodríguez Enríquez, 2007). La condición de la actividad generalmente varía según donde se realice y también de acuerdo a si se trata o no de una tarea remunerada. Esta puede llevarse a cabo en el ámbito intrafamiliar, es decir, de manera informal; o tales servicios de cuidado pueden ser ofrecidos por cualquiera de los tres actores restantes a cargo de la provisión de

bienestar: el mercado, el Estado o a través de las organizaciones de la comunidad, es decir, de manera formal.

La noción de cuidados comprende múltiples tareas y/o actividades. Brovelli (2019) reúne a las mismas en dos grandes grupos. Por un lado, se encuentran las tareas de *cuidado directo*, es decir, aquellas que atienden las necesidades relacionadas con la supervivencia y suponen un contacto interpersonal (dar de comer, aseo, administrar medicación). Y, por otro, las tareas de *cuidado indirecto*, que proveen las condiciones para que las tareas de cuidado propiamente dichas puedan llevarse a cabo, como por ejemplo la limpieza del hogar, la preparación de alimentos, la compra de medicación, etc. Otras autoras, como es el caso de Rodríguez Enríquez (2015), agregan a estas tareas el *autocuidado*, las cuales hacen referencia a las necesidades relacionadas con el propio bienestar.

Esta gran cantidad de trabajo que implican los cuidados, como se viene describiendo, se encuentra repartido de forma desigual en la sociedad y al interior de las familias, explica Brovelli (2019). Son las mujeres las encargadas de llevar adelante la mayor parte de estas tareas en todas las sociedades, agrega la autora. Y esto se debe a un fenómeno conocido como división sexual del trabajo, a partir del cual se les asignan a las mujeres distintas actividades relacionadas con la atención y el cuidado de otros/as, justificadas en su capacidad reproductiva y una idea presunta de que por ello se encuentran “mejor dotadas” para (pre) ocuparse de satisfacer las necesidades de bienestar de esos otros/as.

Otra variable que influye en el reparto de las tareas de cuidado, además de las construcciones de género, es la clase social. Lo cual está relacionado con la mercantilización de los cuidados y su remuneración. En ese sentido, Mariluz (2019) plantea la dificultad con la que se encuentran las familias más pobres para acceder a servicios de cuidado, ya sea porque en los territorios que habitan la oferta pública y comunitaria es muy escasa o porque no tienen posibilidad de contratarlos. A esto se suma que, mayormente, son las mujeres pobres quienes configuran el colectivo de cuidadoras de las familias o grupos

domésticos de los sectores más acomodados, actividades que se realizan en forma no registrada, por ende, sin protección social. Por lo que estos sectores principalmente dependen de las redes de reciprocidad entre familiares y vecinos/as para satisfacer las necesidades de cuidado.

Dentro del concepto de cuidados se encuentra comprendido el cuidado de la salud. El cual es entendido en un sentido amplio, esto quiere decir que no solo incluye la atención y prevención de enfermedades, sino todas las actividades que forman parte del desarrollo y conservación de la vida, refieren Fernández y Stolkiner (2013). Este comprende: la provisión de servicios de infraestructura básica, como alimentación, alojamiento, limpieza, entre otros; los servicios relacionados directamente con la salud, como la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades; y, por último, la gestión del acceso a los servicios sanitarios, es decir, a la atención médica, compra de medicamentos y más (Duran, 2004).

En consonancia con lo planteado anteriormente, al interior del grupo familiar, son las mujeres las encargadas de generar el mayor número de actividades específicas en torno al proceso de salud/enfermedad/atención, refiere Di Virgilio (2003). Es la mujer en su papel de madre/esposa la encargada de detectar, diagnosticar problemas de salud, establecer los primeros tratamientos y asistir su continuidad, tomar parte en las decisiones, entre otras cuestiones (Menéndez, 1993).

En esta línea, el estudio de las trayectorias como herramienta teórico-metodológica para la investigación permite aproximarse a esos procesos y movimientos no lineales en torno a las prácticas de cuidado de la salud que van construyendo los/as cuidadores, mujeres madres y familias, de acuerdo a las experiencias individuales, familiares y comunitarias, expresan Leyton y Valenzuela (2016). Trayectorias que dan cuenta de un aprendizaje transmitido de generación a generación y modelado por factores históricos, políticos, sociales y económicos.

Entre los factores que modelan esas trayectorias se encuentran las políticas públicas. Es el Estado quien, mediante la implementación (o no)

de acciones públicas, tiene la posibilidad de abordar la distribución de las tareas de cuidado en su doble papel. Esto es, asumiendo como propia su responsabilidad en la provisión de servicios de cuidado a las personas, tanto desde el punto de vista físico como emocional; y regulando la actuación de las esferas restantes que integran la organización social y política del cuidado, tales como las familias, la comunidad y el mercado (Esquivel, 2011). Sin embargo, en ocasiones las políticas públicas no solo no equilibran la organización social de los cuidados que, en la sociedad argentina y en la mayoría de los países latinoamericanos, se caracteriza por ser principalmente femenina y familiar. Sino que reproducen una mirada de género que responsabiliza a las mujeres, material y subjetivamente, de proveer cuidados y bienestar.

Teniendo en cuenta este breve recorrido por la fundamentación teórico-metodológica, explicitaremos las actividades llevadas a cabo para desarrollar la investigación al momento de escribir el presente trabajo. Una de las principales actividades desarrolladas fue la selección y análisis de documentos públicos, entre ellos planes, programas y proyectos, de distintos niveles de gobierno (nacional, provincial y municipal), a partir de la adaptación del instrumento de relevamiento de políticas públicas del proyecto PISAC–COVID 19: “Estrategias de cuidado en contextos de pobreza urbana y rural en la Argentina postpandemia Covid-19”, del cual soy miembro integrante.²

Se relevaron veinticinco políticas de salud vigentes durante el recorte temporal realizado para la investigación (2003-2015), de las cuales catorce de ellas fueron implementadas en la localidad de General Rodríguez. En la letra de estas políticas, se analizaron los objetivos, la problemática social abordada, la población destinataria, sus requisitos e incompatibilidades. Así como también la forma que toma la inclusión de la perspectiva de género y las posteriores construcciones de roles de género, las temáticas que aborda

2 Proyecto de investigación en Ciencias Sociales y Humanas radicado en la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación del Ministerio de Ciencia y Tecnología, enfocado al estudio de la sociedad argentina en la pandemia y la postpandemia COVID-19.

vinculadas a la salud, la relación que se establece con otras variables como posición social, generación, entre otras cuestiones.

A partir de esa búsqueda e identificación de las políticas, se eligió para un análisis en profundidad a aquel programa de salud, que por cierto es el único de ellos, que mencionara explícitamente como uno de los ejes principales de abordaje el cuidado de la salud. Este programa es el Programa Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud o mayormente conocido como SUMAR, ampliación del plan Nacer, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

El programa SUMAR, de alcance federal, es una iniciativa que impulsa y financia el desarrollo de seguros públicos de salud. De modo que el hospital, centro o establecimiento de salud recibe recursos por cada consulta y/o estudio que realiza la persona inscripta en el programa, según determinados grupos de edad. El objetivo es, por un lado, fortalecer al equipo de salud y, por otro, mejorar el servicio y la cobertura de salud ofrecida a la comunidad.

Para mayor conocimiento del programa se analizaron distintos informes y documentos de trabajo, así como también se analizó el convenio de administración de fondos, el documento de compromiso de gestión y el análisis del reporte mensual de indicadores de gestión del programa SUMAR en la localidad de General Rodríguez. A su vez, se llevó a cabo el reconocimiento de agentes e informantes claves de la gestión pública, que nos provean información precisa de la planificación y posterior implementación de dichas políticas en el territorio.

Se llevaron adelante entrevistas a las actuales directoras y coordinadoras de gestión administrativa de la Secretaría de Salud del municipio, a quien fuere la directora de atención a la comunidad de la Secretaría de Salud y Acción Social en el período de gestión 2011-2014 y a trabajadores del sistema de salud a cargo de funciones específicas en el marco del programa, como la captación de la población destinataria del programa, la carga en el sistema web de las prestaciones brindadas y la articulación con los distintos servicios

del sistema de salud, en establecimientos municipales como los centros de atención primaria de la salud y el Hospital Interzonal General de Agudos “Vicente López y Planes”, de General Rodríguez.

La mayor dificultad que se presentó con la planificación de esta actividad estuvo relacionada con el hecho de que las personas a entrevistar integran áreas denominadas “esenciales” correspondientes al sector salud, un sector muy demandado en el marco del contexto de pandemia que nos tocó atravesar, por lo que se presentaban inconvenientes a la hora de coordinar espacios de diálogo y/o encuentro. Otra dificultad con la que nos encontramos tiene que ver con la escasez de información sobre los indicadores de gestión del programa SUMAR, ya que tal como nos refirieron los trabajadores administrativos de la Secretaría de Salud, hubo un par de años (2011-2014) en los que no se reportaron vía web la totalidad de las prestaciones brindadas por el municipio, impactando notablemente en la cantidad de fondos transferidos.

El plan de trabajo de la beca contempla la realización de entrevistas en profundidad a mujeres en situación de pobreza que vivan en la localidad de análisis por grupo representativo, según distintos momentos del curso de la vida. En relación a esto, elaboramos el instrumento de relevamiento de información, el cual indaga en un primer momento aspectos más generales vinculados a la composición y las características socio-demográficas del grupo familiar para luego conocer qué prácticas de cuidado vinculadas al proceso de salud/enfermedad/atención llevan adelante. A su vez, para comprender el impacto de la implementación de las políticas de salud en distintos ámbitos de la vida cotidiana de las mujeres, se utiliza como herramienta metodológica una línea de tiempo. Esta contiene todas las políticas vigentes en la localidad durante el recorte temporal realizado para que las personas entrevistadas identifiquen en ella los programas sociales que conocen o a los que han accedido.

Respecto a las muestras, en tanto muestra representativa de aquello a investigar, se decidió realizar una modificación sobre las etapas puntuales del curso de la vida que se habían identificado en una primera instancia para

analizar. Esta modificación se debe a partir de tener en cuenta el alcance temporal de la investigación, por lo que aquellas mujeres que se encuentren transitando la joven adultez (de 18 a 25 años de edad) probablemente no puedan aportar información sobre el impacto de la implementación de las políticas de salud en distintos ámbitos de su vida cotidiana en el período 2003-2015.

De modo que los grupos de edad quedan conformados de la siguiente manera, tomando en cuenta tres etapas puntuales: joven adultez (de 25 a 35 años de edad), adultez (45 a 55 años) y adultez mayor (65 años en adelante); esperando que cada etapa coincida con una serie de transiciones propias del ciclo vital. Dichas mujeres deben encontrarse bajo la Línea de Pobreza, según los datos que elabora la Encuesta Permanente de Hogares, y definen como pobres a aquellas personas que no superan el valor teórico de la Canasta Básica Total de bienes y servicios.

Sobre la actividad de realización de las entrevistas, el mayor desafío está constituido por el hecho de generar las articulaciones pertinentes para el proceso de selección de la muestra, respetando los tiempos institucionales de las organizaciones y los profesionales que trabajan en ellas.

Algunas reflexiones para continuar avanzando

A continuación, referiremos algunas reflexiones las cuales surgen, principalmente, producto del análisis documental realizado y nos invitan a continuar pensando la relación entre las políticas de cuidado orientadas a la salud y las trayectorias de cuidados de la salud que llevan adelante las mujeres según las etapas del curso de la vida.

En primer lugar, es importante señalar que la mayoría de las políticas de salud vigentes durante el recorte temporal realizado para la investigación (2003-2015) no son políticas de cuidado, en tanto no se enmarcan en ninguna de las tres orientaciones que deberían caracterizar este tipo de políticas, las cuales son redistribuir, revalorizar y reformular los cuidados (Batthyány, 2015). El objetivo principal de dichas políticas es estrictamente socio-sanitario, esto significa que su función primordial se encuentra orientada a la

promoción, prevención y/o atención de la salud. Sin embargo, su influencia o repercusión sobre el tópico de los cuidados puede darse de manera indirecta.

Dicho en otras palabras, si bien ninguno de estos planes o programas busca equilibrar la organización social de los cuidados, esto no significa que en ellos no subyace una idea de qué son los cuidados y quien tiene mayor responsabilidad a la hora de garantizar su provisión. Lo cual da cuenta, cuestión no menor, de una toma de posición ante dicha problemática y un involucramiento del sector salud en el debate acerca de cómo ejercer este derecho.

Por otro lado, una de las características principales de estas políticas analizadas es la focalización en sectores de la población que no acceden a la seguridad social y/o no pueden comprar los servicios socio-sanitarios en el mercado. De modo que, si partimos de la idea de que en nuestro país la salud de la población está mayormente sujeta y supeditada a la empleabilidad (Findling y Champalbert, 2007), son sectores de la población que, en términos del vínculo entre cuidado y legislación laboral, se encuentran totalmente al margen del ejercicio de esos derechos.

Otro aspecto que merece mayor reflexión es la forma en que se expresa la inclusión de la perspectiva de género y cómo impacta en las posteriores construcciones de roles de género. En el caso del programa SUMAR, por ejemplo, en la sinergia con la Asignación Universal por Hijo y la Asignación por Embarazo, se le otorga a la mujer la centralidad absoluta como única responsable de cumplir con las condicionalidades de salud que estas prestaciones exigen, teniendo que garantizar las prácticas de cuidado de la salud de sus hijos/as a cargo.

Desde el enfoque de curso de vida, corresponde preguntarse qué visión de esta perspectiva tiene la salud pública contemporánea expresada en estos planes y programas. Así como también si las líneas de cuidado priorizadas por grupo poblacional destinatario de estas políticas responde a un criterio exclusivamente biológico o comprende otros factores psicosociales y epidemiológicos que influyen en el envejecimiento de la población. Del mismo

modo, resulta válido preguntarse si los sistemas de salud contemplan el rol que ocupan las mujeres en las trayectorias de cuidado de la salud, propias y de su grupo familiar, qué otras trayectorias de salud de las mujeres acompañan, que no estén circunscritas únicamente a la salud sexual y reproductiva o a la salud materna, y cómo ciertas prácticas respecto al proceso salud/enfermedad/atención son transmitidas por los sujetos en términos intergeneracionales.

Bibliografía

- Batthyány, K. (2015). *Las políticas y el cuidado en América Latina. Una mirada a las experiencias regionales*. Naciones Unidas. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/37726-politicas-cuidado-america-latina-mirada-experiencias-regionales>
- Batthyány, K., Genta, N., Perrota, V. (2012). *La población uruguaya y el cuidado: persistencia de un mandato de género. Encuesta nacional sobre representaciones sociales del cuidado: Principales resultados*. Naciones Unidas. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/5846-la-poblacion-uruguaya-cuidado-persistencias-un-mandato-genero-encuesta-nacional>
- Brovelli, K. (2019). El cuidado: una actividad indispensable pero invisible. En Guerrero, N., Ramacciotti, K., Zangaro, M. (Comps.): *Los derroteros del cuidado*, 31-44. Universidad Nacional de Quilmes.
- Di Virgilio, M. M. (2003). *Hábitat y salud. Estrategias de las familias pobres*. Lumiere.
- Duran, M. A. (2004). Las demandas sanitarias de las familias. *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 195-200.
- Esquivel, V. (2011). *La economía del cuidado en América latina. Poniendo a los cuidados en el centro de la agenda*. PNUD. http://www.gemlac.org/attachments/article/325/Atando_Cabos.pdf
- Fernández, T. y Stolkiner, A. (2013). Las prácticas de cuidado de la salud de las personas adultas mayores institucionalizadas. *Anuario de Investigaciones*, 10, 303-310.
- Findling, L. y Champalbert, L. (2007). La política de salud en Argentina. Avances y cuestiones pendientes. *Revista de la Facultad de Ciencias Sociales*, 69. UBA, 30-31.
- Leyton, D. y Valenzuela, A. (2016). Trayectorias del cuidado de la salud

infantil. El caso de la comunidad atacameña de Toconao. *Estudios Atacameños. Arqueología y Antropología Surandinas*, S/D.

Mariluz, G. (2019). Los cuidados. Bases para su analítica. Lazos de parentesco, masculinidades y cuidados. *XII Jornadas de Sociología*. Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

Menéndez, E. (1993). Familia, participación y proceso salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde las perspectivas de la antropología médica. En F. Mercado (Ed.): *Familia, Salud y Sociedad*, 130-162. CIESAS.

Rodríguez Enríquez, C. (2007). Economía del cuidado, equidad de género y nuevo orden económico internacional. En Girón, A. y Correa, E. (Eds.): *Del Sur hacia el Norte: Economía política del orden económico internacional emergente*. CLACSO. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sur-sur/20100704030535/girono.pdf>

Rodríguez Enríquez, C. (2015). Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. *Revista Nueva Sociedad*, 256, 30- 44.