

Aportes para el debate en Trabajo Social

La Triple Jornada: ser pobre y ser mujer

Por Paula Arpini, Natalia Castrogiovanni y. Maia Epstein

Paula Arpini. Lic. En Trabajo Social -UBA-. Residente en servicio social del Hospital P. Piñero

Natalia Castrogiovanni. Lic. En Trabajo Social -UBA-. Residente en servicio social del Hospital P. Piñero.

Maia Epstein. Lic. En Trabajo Social -UBA-. Residente en servicio social del Hospital P. Piñero.

Penas encimadas

*Voy a decirlo de entrada
Para el que quiera entender
Son penas muy encimadas
... El ser pobre y ser mujer*

*Trabaja toda la vida
Apenas para comer.
Tiene las penas del pobre
Y más las de ser mujer.*

*La rica tiene derechos
La pobre tiene deber
Ya es mucho sufrir por pobre
Y encima por ser mujer.*

*Está tan desamparada
Y es madre y padre a la vez.
Derechos ni el de la queja.
Por ser pobre y por mujer*

*Se hacen muchos discursos
Sobre su heroísmo de ayer.
En el papel la respetan.
Pero sólo en el papel.*

*Y lo repito de nuevo
Para el que quiera entender
Son penas muy encimadas
El ser pobre y ser mujer.*

Carmen Soler

Poetisa y maestra rural de Paraguay

Introducción

El presente trabajo se enmarca en nuestro primer año de intervención en el Hospital P. Piñero de la CABA a través del Sistema de Residencias de Trabajo Social dependientes del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.

A partir de nuestra llegada al Hospital en Junio del 2011, comenzamos a observar los espacios de intervención del Trabajo Social en el aquel efector de salud, así como nos insertamos cada una en distintas salas de internación (Clínica – Pediatría – Maternidad) y otros espacios promocionales de la salud (Talleres de cine – de Tercera Edad – de Embarazo - Hospital de Día). A partir de dichas prácticas, cada una de nosotras realizó informes de rotación, que dieron cuenta de un camino de reflexión sobre las experiencias vividas, previamente iniciados en espacios de intercambios, supervisión, ateneos. El presente trabajo pretende profundizar aquella lectura de la realidad desde los posicionamientos teórico – políticos de nuestra residencia.

Aquellos posicionamientos surgen a partir de los espacios de capacitación que facilita la residencia de Trabajo Social en general, como ser el estudio del Sistema de Salud, así como aquellos propios de la misma residencia en el Hospital P. Piñero, como ser el abordaje de la perspectiva de género como gran eje de análisis de la realidad. Es a partir de la reflexión de ambos campos, que este trabajo fue pensando, debatido y construido.

Debido a lo anterior, el objetivo de este trabajo es el de analizar las formas en las que las mujeres usuarias del sistema de salud transitan el Hospital, ya sea en internaciones propias o de familiares y en espacios de atención. La hipótesis de este trabajo sostiene que aquel transitar por la institución refuerza modelos hegemónicos y estereotipos de ser familia, de ser madres, cuidadoras y objetos de explotación en su triple pertenencia a los grupos menos favorecidos de los grandes ejes de análisis de la realidad: género – clase y etnia.

PRIMERA PARTE

“El Hospital Piñero en el Sistema Público de Salud”

El contexto territorial del Hospital P. Piñero

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) cuenta con 33 hospitales, de los cuales 13 son de Agudos, siendo el Hospital Piñero uno de ellos. El mismo se encuentra ubicado en el barrio de Flores en la zona sur de la Ciudad. El hospital se inserta en la Región Sanitaria N° 2, junto a los hospitales Álvarez y Santojanni.

El Piñero, posee el área programática más extensa en comparación con el resto de las instituciones homólogas -de 35 km², 1/5 de la superficie de Capital Federal-, enmarcada en los límites: Av. Varela- Centenera- Barrios Pasos- Riestra- Asamblea- Emilio Mitre- Rivadavia- Martín de Gainza- vías del FFCC Sarmiento- Calderón- Donizetti- Escalda- Eva Perón- Larrazábal- vías del FFCC Belgrano- Riachuelo¹. En dicha área, el hospital cuenta con once Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESACs) para su atención, estando comprendida en los barrios de Flores, Floresta, Villa Soldati, y parte de Villa Luro y Lugano. En este área se encuentran asentamientos y barrios constituidos como villas que también pertenecen al área

1 Sitio Web de la residencia de medicina general, familiar y comunitaria del Hospital P. T. Piñero: <http://residenciamg.150m.com/menu.htm>

programática del hospital, como ser la Villa 1-11-14, Villa 20, Barrio Piletones, Los Pinos, La Paloma, Villa Soldati, Barrio Carrillo, Villa Fátima, Villa Cildañez, Barrio Rivadavia I y II, Barrio Illia, Asentamiento La Esperanza, Asentamiento La Veredita, entre otros.

Es importante destacar que los barrios antes mencionados se caracterizan por encontrarse en la zona sur de la ciudad en la que históricamente se hallan los indicadores de mayor expulsión de la localidad. Esto se manifiesta tanto en altos niveles de pobreza, precarización laboral, viviendas más precarias y con mayores niveles de hacinamiento, falta de servicios adecuados para su población, así como efectores de salud e instituciones educativas con dificultades para responder adecuadamente a las demandas, ya sea por cantidad de instituciones, falta de recursos en las mismas, trabajadores insuficientes, etc.

Según la Encuesta Anual de Hogares del año 2010, las Comuna 1, 4, 7, 8, 9 y 10 que conforman la “zona sur” son las que tienen mayores niveles de hogares en forma de casillas, ranchos, inquilinatos y conventillos, mayores cantidad de personas que nunca asistieron a establecimientos educativos, así como alcanza niveles altísimos de personas que no finalizaron el nivel primario, que utilizan únicamente el sistema público en relación a sus coberturas de salud, así como registra los menores promedios de ingreso por persona y familiares².

Resulta fundamental destacar que tal como sucede en la mayoría de los hospitales de la CABA se recibe población de la provincia de Buenos Aires, en su mayoría residentes del primer y segundo cordón del conurbano bonaerense³.

Algunos datos intramuros...

El Hospital posee 330 camas totales para internaciones y según datos proporcionados por el departamento de estadísticas, se estiman unas 600.000 consultas anuales a los distintos servicios del hospital y los Centros de Salud. Del total de las consultas el 22 % corresponden al área programática. La Tasa de mortalidad para el Hospital es de 0,4 cifra que se mantiene estable desde los últimos años⁴.

Por otra parte, es significativo nombrar los datos más recientes en relación a dos grandes diagnósticos que se corresponden con las condiciones de vida de las personas que se atienden en el mencionado efector. El Hospital Piñero, en el período 2003 al 2009, realizó 552 diagnósticos de VIH, constituyéndose en el cuarto Hospital de CABA, luego del Muñiz (hospital monovalente dedicado al tratamiento de enfermedades infecciosas), el Fernández y el Ramos Mejía. En segundo lugar, de los casos notificados de tuberculosis en el año 2009 de residentes en la Ciudad de Buenos Aires por área programática de residencia; un 35% pertenece al área programática del Hospital Piñero⁵.

2 Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). EAH 2010. Disponible en página web:

http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/EAH/2010_tabulados_basicos.pdf

3 Primer Cordón: Avellaneda, Lanús, Lomas de Zamora, La Matanza (una parte), Morón, Tres de Febrero, San Martín, Vicente López, San Isidro. Segundo Cordón: Quilmes, Berazategui, Florencio Varela, Esteban Echeverría, Ezeiza, Moreno, Merlo, Malvinas Argentinas, Hurlingham, Ituzaingó, Tigre, San Fernando, José C. Paz, San Miguel, La Matanza (una parte), Almirante Brown.

4 Información proporcionada por el departamento de estadísticas del Hospital Piñero.

5 Dicho porcentaje corresponde a 384 notificaciones, triplicando al Hospital Ramos Mejía, segundo hospital por cantidad de notificaciones. Fuente: Ministerio de Salud (GCBA). Dirección de Estadísticas para la Salud - Sistema Estadístico Ampliado. Disponible en página web: http://www.buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/areas_tematicas/salud/morbilidad.php

La sala de clínica médica posee cuatro salas de internación, conformadas por distintos equipos médicos y de enfermería, así como en las mismas se insertan equipos de interconsulta de distintas profesiones: Kinesiología, Farmacia, Salud Mental, Nutrición, Trabajo Social, otras profesiones médicas, etc. Sumado a esto, cada sala de internación está conformada por equipos de planta y de la residencia de Clínica Médica y Geriátrica. Debido a la intervención desde las interconsultas a Trabajo Social se ha registrado que las personas internadas convivían con VIH/SIDA, con Tuberculosis, se encontraban en situación de calle, en las que sus procesos de salud-enfermedad –PSE- se encontraban atravesados por situaciones problemáticas de consumo, en las que se manifestaba una ausencia de vínculos familiares que acompañen los PSE o aquellos vínculos se tornaban conflictivos, en las que las condiciones materiales de existencia dificulten los PSE y su atención, entre otros motivos.

La sala de Maternidad junto a Pediatría, se encuentra ubicadas en el pabellón IV “Materno-Infantil” del Hospital. El edificio tiene tres plantas, la planta baja pertenece a los consultorios externos y guardia de pediatría. En el primer piso se ubican, las salas de internación de pediatría de un lado y en el otro extremo la Unidad 14 perteneciente al servicio de obstetricia de la maternidad. En el mismo piso se encuentra la sala de partos, la guardia de Ginecología, el Servicio de Neonatología y a su lado la Residencia para madres⁶. En la segunda planta, se encuentra la Unidad 13 de obstetricia y la Unidad 15 del servicio de ginecología. El equipo profesional que interviene en la sala esta integrado por distintas profesiones: obstetras, ginecólogos/as, neonatólogas, enfermeras/os, obstétricas y trabajadoras sociales. Estas últimas, al igual que las psicólogas y psiquiatras, intervienen mediante la interconsulta. La maternidad cuenta con un número aproximado de 46 camas que se distribuyen en ocho habitaciones. Cada una tiene entre seis y nueve camas, es decir se trata de habitaciones “comunitarias”, compartidas. En cuanto a la cantidad de partos que son atendidos en la maternidad, las cifras estadísticas indican que en el Hospital se realizan alrededor de 2800 partos anuales, de los cuales el 16 % corresponde a cesáreas⁷ y el resto a partos naturales.

Por su parte, la sala de internación de pediatría dispone de 24 camas (entre camas y cunas) y una habitación de aislamiento. La sala posee 3 grandes habitaciones donde se encuentran repartidas las cunas y camas mencionadas. El equipo profesional de la sala se encuentra integrado por distintos profesionales, principalmente médicos pediatras y residentes de pediatría. También participan del equipo enfermeros, kinesiólogos, trabajadoras sociales y psicólogos. En esta sala se internan niñas/os hasta los 15 años de edad, siempre acompañados por un mayor de edad responsable (en caso de no contar con un referente del entorno del niño/a se solicita la presencia de un acompañante/cuidador hospitalario), quien cuenta solo con una silla para poder permanecer en la sala.

Una caracterización del Sistema Público de Salud

El Sistema Público de Salud en la Ciudad de Buenos Aires se encuentra compuesto por 33 hospitales, los cuales son, según su especialización, agudos, monovalentes o polivalentes. A dichos Hospitales, debido al armado hospital-céntrico del sistema les es asignada un área programática a su cargo, en las que se encuentran los CESACs de la Ciudad, siendo estos 45 en total, los Centros Odontológicos Infantiles (COI), siendo estos dos, y los Centros de Salud Mental (CSM), siendo estos dos en total. Esto se da a partir de 1987, cuando se crearon “*las unidades de*

6 Se trata de una pequeña habitación que cuenta con cinco camas disponibles para las madres que tienen a sus hijos recién nacidos internados en la unidad de Neonatología.

7 Entrevista realizada a personal del departamento de estadísticas del Hospital P. Piñero. Junio 2011

Áreas Programáticas hospitalarias, en la que se intentó implementar una política de descentralización y apertura hacia las necesidades de la comunidad a través de los Centros de Salud y Acción Comunitaria. En ese momento se crearon las 12 Áreas Programáticas, con dependencia jerárquica de los hospitales, como recortes geográficos de responsabilidad sanitaria” (Dure, 2005:6).

En la Ciudad de Buenos Aires, el acceso al derecho a la salud, se encuentra garantizado por la Ley Básica de Salud N° 153 que crea y regula la totalidad del Sistema de Salud de la CABA. Respecto del espíritu de dicha ley, destacamos la gratuidad, universalidad, integralidad, la participación de la población con un trato digno y respetuoso de su cultura, identidad y costumbres, a la información, entre otros.

Con el fin de comprender la organización del sistema, se destaca la división del mismo por niveles de atención, que surge en relación a la anterior ley. El primer nivel de atención, corresponde a: *“Acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias”* (Bonazzola, 2010:10), así como el segundo nivel corresponde a *“acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquéllas que requieran internación”* (Bonazzola, 2010:10). Por último, el tercer nivel de atención refiere a *“acciones y servicios que por su alta complejidad médica y tecnológica son el último nivel de referencia de la red asistencial”* (Bonazzola, 2010:10). Según esta caracterización, el hospital Piñero se encuentra enmarcado en el segundo nivel de atención, así como sus centros de salud corresponden al primer nivel de atención.

La ley básica de Salud, en su artículo N° 3, prioriza como parte de la organización y desarrollo del sistema, la estrategia de Atención Primaria a la Salud (APS). En este sentido, la APS supone el cuidado de la salud a partir de la accesibilidad a la misma de parte de todas las personas, familias y comunidades, con el fin de efectivizar su autonomía e independencia, destacándose servicios de promoción y prevención en materia de salud, así como los principios de integralidad, flexibilidad, universalidad, regionalización, intersectorialidad, interdisciplinariedad, capacitación y participación social, entre otros (Ase y Burijovich, 2009: 33,34).

Sin embargo, *“En la actualidad, bajo el mismo rótulo, se esconden diversas maneras de entender la APS: como una estrategia, como un nivel de atención, como un programa específico”* (Ase y Burijovich, 2009:34). Consideramos pertinente destacar que entendemos la APS como una estrategia, posible de ser aplicada en los distintos niveles de atención. A modo de ejemplo, consideramos que el Hospital Piñero cuenta con la implementación de esta estrategia en distintos espacios, como ser: talleres en sala de espera, taller de cine-debate, talleres de adultos mayores, taller de embarazo adolescente, Hospital de Día para niños/as y adolescentes que conviven con VIH⁸, dispositivos de seguimientos pos-alta, Club de pacientes de Salud Mental, entre otros.

Hasta aquí hemos desarrollado el aspecto más organizativo del Sistema Público de Salud de la Ciudad, sin embargo, esto es parte de un contexto político, social e histórico que lo atraviesa, constituye y redefine. Para comprenderlo es preciso ubicar la reforma de los sistemas públicos de salud. En las décadas de los 50’ y 60’ la reforma sanitaria del sistema de salud se vinculaba al *“(…) modelo de acumulación capitalista basado en procesos productivos de plena ocupación, que necesitaba de un estado productor de bienes y servicios, y proveedor mano de obra sana y educada.”* (Iriart, 2000:15). Por estas razones el sistema de salud se organizaba en torno a una concepción de la salud como un bien público del que el estado era responsable. A partir de la crisis de este modelo de acumulación (‘70) los estados latinoamericanos sufrieron grandes

8 Dicho dispositivo depende del servicio de Pediatría, y cuenta con un taller de plástica, taller de tejido, espacios individuales terapéuticos, espacios grupales para el intercambio de experiencias, espacio de apoyo escolar y un espacio para despejar dudas respecto del tratamiento y la medicación.

cambios ligados a la reducción del gasto público, la dominación de los organismos multilaterales de crédito y la reforma del estado. Durante los `90, esta situación implicó sobre-endeudamiento, apertura a los capitales y producción internacional, privatización y descentralización de los estados latinoamericanos. En Argentina, la reforma del sistema de salud, de su organización, implicó la autogestión hospitalaria y la pérdida de la concepción de la salud como bien público: “*Esto produce un cambio de sentido fundamental, ya que la salud deja de ser un bien público para convertirse en un bien privado*” (Iriart, 2000:15). Como explica Carlos M. Vilas, la descentralización sugerida por el Consenso de Washington implicó una descentralización fiscal seguida de un vaciamiento institucional de todo tipo de recurso (Vilas, 2003:17).

En este sentido, sin la meta-regulación estatal las instituciones de salud (como todas las instituciones disciplinarias) se convierten en “instituciones Galpón”⁹ cuyo sentido original debe ser repensado, redefiniendo sus objetivos y funciones para darse un nuevo sentido en el marco de la coyuntura política, económica y social actual (Lewkowicz y Corea, 2005).

Coyuntura en la que marginados y excluidos del sistema encuentran como única posibilidad para el ejercicio de su derecho a la salud instituciones fragmentadas en procesos progresivos de vaciamiento.

El campo de la Salud: políticas sociales y reproducción social

Siguiendo a Estela Grassi, las políticas sociales refieren a “*la manera y expresa, el cómo y hasta donde una sociedad asegura la reproducción de sus miembros (...) expresan el modo (o los modos) como los Estados capitalistas resolvieron (de manera contingente y según formas y fórmulas siempre transitorias) la tensión que es consustancial a estas sociedades, entre el principio de la igualdad de los individuos (de donde deriva la idea moderna de ciudadanía), y la dependencia operada por la relación salarial.*” (Grassi, 2008: 30, 31). De esta manera, la autora inscribe las políticas sociales en el ámbito de la reproducción social, ámbito normatizado y normalizado por el Estado para intervenir política y culturalmente en las contradicciones que resultan de la mencionada contradicción capital - trabajo. De esta manera, estas políticas incidirán en aquel ámbito de la reproducción delimitando responsabilidades, atendiendo problemas sociales –aquellos que no puede absorber el mercado laboral- y sujetos “merecedores” con un alcance autodefinido (Grassi, 2008: 30).

En un plano ideal, las políticas sociales traducen en diversos dispositivos aquello que los marcos legales garantizan como derechos de la ciudadanía y como responsabilidad del Estado. Sin embargo, en la realidad, dichas políticas sociales, actúan vaciadas de contenido en función de derechos (y por lo tanto aparecen las figuras de beneficiarios – beneficios – ayuda – merecimientos – etc.), y por lo tanto, vulneran los mismos. De esta manera, las políticas sociales, aunque legales, se transforman en ilegítimas en función de los marcos que la sostienen. Aquella tensión entre la relación salarial, y la reproducción social, resulta en políticas sociales que toma el Estado y que pone en juego durante la atención de la ciudadanía.

En el marco de las experiencias hospitalarias que tuvimos como residentes en el Hospital Piñero, podemos pensar que las políticas sociales en salud, se implementan con objetivos diferenciales para varones y mujeres; es decir que en el campo de la salud, se replica el conflicto antes

9 El concepto de instituciones galpón lo introduce I. Lewkowicz, el mismo refiere a un tipo de funcionamiento institucional ciego al cambio de paradigma que involucra la crisis de los estados nacionales y la consecuente instalación de la lógica de mercado en la que las instituciones públicas se ven vacías de un sentido y una tarea certera, desubjetivadas, como galpones vacíos.

nombrado en función de una atención diferencial de las mujeres y varones. A los varones se los atiende para encontrarse nuevamente disponibles para insertarse en el orden de lo productivo, mientras que las mujeres, son contempladas por estas políticas en calidad de agentes privilegiados de la reproducción social. En este sentido, la reproducción social *“incumbe prominentemente a las mujeres y transforma en disposición amante la obligación de amar, (...) tiende a dotar de un “espíritu de familia” a cada uno de sus miembros: ese principio cognitivo de visión y de división es simultáneamente un principio práctico de cohesión, generador de dedicaciones, generosidades, solidaridades, y de una adhesión vital a la existencia de un grupo familiar y de sus intereses”* (Bourdieu, 2011: 48).

En este sentido, adelantándonos a la perspectiva de género que desarrollaremos en la segunda parte de este trabajo, cabe mencionar que *“(...) Cada sociedad, en cada momento histórico, produce discursos, promueve prácticas sociales, normativiza y regula lo que deben ser y hacer varones y mujeres; por lo cual el concepto masculino y femenino es básicamente cultural, y, por ello, susceptible al cambio y a su constante redefinición. (...) La rigidez en atributos, en roles asignados y en la configuración de las identidades promueve el surgimiento de estereotipos de género. En nuestra sociedad, masculinidad y feminidad se construyen como un par de opuestos, dicotómicos, excluyentes, y los sexos aparecen como complementarios en roles y posiciones sociales, en la división sexual del trabajo, y, por ende, en el cuidado de los otros”* (Güida, 2007: 14). La mujer, pues, se inserta en el sistema de salud como encargada de sostener la reproducción social de la familia: *“sin familia, no habría estrategias de reproducción; sin estrategias de reproducción, no habría familia (...) La familia, en la forma peculiar que reviste en cada sociedad, es una ficción social (a menudo convertida en ficción jurídica)”* (Güida, 2007: 14). En el plano institucional del campo de la salud, la reproducción social de la *ficción social* “familia”, se traduce en una *ficción jurídica*, donde específicamente es la mujer quien resulta cargada de obligaciones y exigencias en calidad de responsable de la reproducción.

En materia de políticas sociales, las mujeres son convocadas a asumir el rol de vehiculizadoras de la política social -y no como sujetos de derecho-, reforzando el maternaje social a través del cuidado de sus familias y de sus comunidades (Güida, 2007: 9,11). Es importante agregar que *“Las políticas sociales dirigidas al desarrollo en América Latina y el Caribe, impulsadas por organismos internacionales y de cooperación desde la década del cincuenta, han realizado esfuerzos en forma activa y diferenciada para involucrar a las mujeres en situación de pobreza, han promovido su participación y atendido sus necesidades inmediatas de supervivencia (necesidades prácticas) o han incurrido modalidades de empoderamiento, de gestión de recursos locales, de representación social y política (intereses estratégicos de género. Sin embargo, salvo excepciones, estos programas no han logrado superar las brechas culturales, económicas, sociales y políticas, que separan a la mayoría de las mujeres del ejercicio pleno de sus derechos”*.

“(...) las focalizaciones de las asignaciones familiares también podrían ser interpretadas como parte del proceso de desresponsabilización del Estado que, en su retraimiento, se desprende de obligaciones y políticas sociales. Esto, a su vez, se corresponde con la responsabilidad de las familias, a quienes se les cargan todos los costos de la reproducción social, en un movimiento que reprivatiza un asunto ya definido, por condicionamientos culturales, como privado. Así, las familias quedan a cargo de hacer lo que las políticas sociales no hacen (...) Y decir que lo asume en forma privada la familia, es decir que lo asumen las mujeres” (Güida, 2007: 35). En nombre de la eficiencia y la eficacia, se resuelve la titularidad femenina para la implementación de políticas sociales para la reproducción de las familias, aunque en realidad, respondiendo a causa de género, las mujeres son tomadas como vehículos de las políticas y no como actrices sociales y ciudadanas: *“...en forma paradójica siguen atando a las mujeres a los lugares y roles*

tradicionales, en el mismo movimiento que favorecen o facilitan la irresponsabilidad de los varones” (Güida, 2007: 40).

A partir de lo anterior, resulta relevante analizar la experiencia de las mujeres que hemos acompañado durante su tránsito por las salas de internación de maternidad, clínica y pediatría del Hospital Piñero. ¿Quiénes son estas mujeres? ¿Cómo es su cotidianeidad? ¿Por qué llegan a estas salas de internación? ¿Vienen a cuidar a alguien? ¿Están enfermas? ¿Son pacientes? ¿Van a ser madres? ¿Qué funciones les son atribuidas desde el equipo de salud? ¿Cuál es la relación entre estas mujeres y lo institucional-estatal? ¿Y los varones? ¿Qué relaciones existen entre estas experiencias y los grandes modos de dominación de clase, de género y de etnia? ¿Cuál es la jornada de estas mujeres?

SEGUNDA PARTE

“Género y trabajo: las múltiples opresiones de las mujeres”

“El reconocimiento de la importancia del impacto del trabajo doméstico y de las condiciones en que este se realiza es fundamental para entender las desigualdades en salud entre mujeres y hombres”

(Rohlf; 2005)

Trayendo al debate la perspectiva de género

Este análisis parte y es concebido desde una perspectiva de género, en tanto esta “(...) *ha realizado una contribución importante al reconocimiento de las múltiples formas que adopta la exclusión.*” (Güida, 2007: 7).

Siguiendo a Connell, el género es una forma de ordenamiento de la práctica social basada en la diferencia entre los sexos, que constantemente se refiere a los cuerpos y a lo que los cuerpos hacen (aunque no se reduce sólo al cuerpo). La masculinidad y la femineidad son configuraciones de prácticas de género, son posiciones en las relaciones de género que atribuyen roles, funciones y formas de “ser-estar en el mundo” diferenciales para varones y mujeres (Connell, 1997: 7).

El género “(...) *es una manera primaria de significar las relaciones de poder*” (Scott, 1993: 35), y por lo tanto, constituye una categoría relacional que denuncia y devela la subordinación impuesta por la sociedad patriarcal a las mujeres, “(...) *el género devela la valoración inferior que el patriarcado asigna a los cuerpos de las mujeres desde que nacemos hasta que morimos*” (Paredes, 2010: 19). El ejercicio de poder sobre otros/as basado en la desigualdad de género constituye violencia de género.

Tomamos los aportes teóricos del Feminismo Post-colonialista¹⁰ para entender al género en intrínseca relación con otras categorías: la clase, la etnia, la sexualidad y la edad, como múltiples opresiones que coexisten en los cuerpos de las mujeres. Esta visión implica entender las

10 La propuesta de las “feministas de color” o feminismo post-colonial, surge como contraposición a la postura de las feministas clásicas, quienes entendían las particularidades de la opresión de la mujer como inscriptas en la propia categoría “mujer”, desde su visión unívoca y universal de la mujer blanca, burguesa, invisibilizando así otras formas de opresión (Lugones, 2005: 61,76)

opresiones desde su constitución mutua, su interseccionalidad, es decir no como vulnerabilidades “sueltas” que se unen (Lugones, 2005:66).

Tal como desarrolla Crenshaw *“Al localizar las categorías en su intersecciones, espero sugerir una metodología que en ultimo termino romperá las tendencias a ver raza y género como exclusivas o separables. Mientras que las intersecciones primarias que exploro aquí están entre raza y género, el concepto puede y debe extenderse para ser aplicado a cuestiones tales como clase, orientación sexual, edad y color”* (Lugones, 2005: 67)

En este trabajo nos proponemos, desde una perspectiva de género, pensar en la conformación de la jornada laboral de las mujeres pobres que transitan por el Hospital Piñero en las salas de internación de clínica, maternidad y pediatría.

Patriarcado y machismo: masculinidad y paternidad

Con la intención de reflexionar sobre la triple jornada de la mujer en situación de pobreza, y específicamente en relación al trabajo domestico que la misma realiza, consideramos necesario introducir los conceptos de patriarcado y machismo. Entendiendo que *“(…) El término patriarcado se refiere a los desajustes de poder históricos y a las prácticas culturales y los sistemas que atribuyen a los hombres en su conjunto un mayor poder en la sociedad y que les ofrecen ciertos beneficios materiales, tales como ingresos más elevados, y otros beneficios informales, tales como las tareas domesticas y los cuidados prestados por las mujeres y las niñas en la familia (División de Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer, 2003).”* (Barrer y Nascimiento, 2007: 7). En el sistema económico-social capitalista, el patriarcado garantiza la continuidad de la propiedad privada, siendo los padres transmisores de la misma a partir del linaje que conlleva su apellido. La paternidad pasa a desempeñar una función primordial vinculada al desarrollo económico- social: la transmisión de la herencia, la propiedad privada (Fromm, 2003: 61). Así como mujeres y varones están signados por su género, el desarrollo de ambos grupos esta supeditado a la economía patriarcal de la sociedad capitalista.

En cuanto al machismo, tomaremos la conceptualización que realiza L. Bonino, quien define que el mismo es un término ambiguo, que refiere tanto a la ideología de la dominación masculina como así también, a los comportamientos exagerados de dicha posición, *“(…) alude en el lenguaje popular, a una connotación negativa de los comportamientos de inferiorización hacia la mujer (...)”* (Bonino Mendez, 2009: 4).

El patriarcado y el machismo son conceptos que aluden a la distribución desigual del ejercicio del poder que da por resultado la asimetría relacional entre varones y mujeres, son fuente de desigualdad y opresión; la familia es uno de los analizadores de esta desigualdad de poder conformándose en uno de los ámbitos más relevantes en el que la misma se manifiesta.

“Este poder de dominio masculino, arraigado como idea y como práctica en nuestra cultura se mantiene y se perpetua, entre otras razones por: La división sexual del trabajo, que aún adjudica a la mujer el espacio doméstico; Su naturalización y su inscripción axiomática en las mentes de mujeres y varones; La falta de recursos de las mujeres y la deslegitimación social de su derecho a ejercer el poder autoafirmativo; (...); La explotación de las femeninas capacidades de cuidado y de ayudar a crecer a seres humanos (el llamado "poder del amor" - Jonnasdotir, 1993) en las que nuestra cultura hace expertas a las mujeres” (Bonino Mendez, 2009: 2).

Con el objeto de reflexionar acerca de la paternidad y el trabajo domestico -socialmente asignado a la mujer como parte constitutiva de su maternidad-, es necesario incorporar la idea de

masculinidad hegemónica. En este sentido, “(...) *la masculinidad y las normas de género se construyen socialmente (y no a partir de bases biológicas), varían según el contexto histórico y local e interactúan con otros factores tales como la pobreza y la globalización. Desde una perspectiva construccionista social, los modelos predominantes de hegemonía y patriarcado establecen ciertas normas de género que las familias, las comunidades y las instituciones sociales refuerzan y reconstruyen*” (Barrer, Ricardo y Nascimento, 2007: 7). La masculinidad hegemónica mantiene las relaciones de dominación y subordinación sobre las mujeres, pero también, sobre otros varones subalternos, que no responden a los atributos básicos de la masculinidad hegemónica: demostración de fuerza y valentía, blindaje emocional, heterosexualidad, “(...) *Al mismo tiempo, las normas acerca de la virilidad se construyen asociadas a otras jerarquías de poder y diferencias de ingresos que proporcionan mayor poder a algunos hombres (como los profesionales de clase media de ciertos grupos étnicos o los mayores de edad) y excluyen o dominan a otros (como los chicos más jóvenes, los hombres pertenecientes a grupos étnicos minoritarios o desposeídos de poder y los hombres con ingresos bajos)*” (Barrer, Ricardo y Nascimento, 2007: 7)

Masculinidad hegemónica y paternidad están íntimamente ligadas en la configuración del modelo socialmente aceptado de varón padre, “*En este sentido, Fuller (2002) propone las siguientes dimensiones de la paternidad: Natural: última prueba de virilidad y capacidad de fecundar a una mujer. Pública: proveer a la familia de recursos materiales y simbólicos obtenidos en la esfera laboral, vincular a los hijos con el dominio público. Trascendental: perpetua su apellido y asegura la trascendencia a través de la descendencia*” (Güida, 2007: 15,16).

La configuración de la identidad paterna resulta de un complejo entramado de relaciones sociales, vinculares, subjetivas y biológicas. “(...) *Así, la identidad masculina adulta descansa sobre esa condición de padre.*” (Güida, 2007: 41). Los autores recién citados identifican seis momentos del proceso de adquisición de la paternidad: biológico, vinculares-subjetivos- ligados a la habilitación de la madre que afirma la paternidad-, continuidad y presencia en la gestación u parto, comunitario, el sello jurídico y el ejercicio consagratorio. En relación a que “la madre es quien habilita”, asegurando la paternidad del varón en cuestión, se plantea que “*Esta posibilidad de las mujeres de confirmar o cuestionar la paternidad de los varones solo con su palabra, habilita por la vía de los hechos, a un empoderamiento de las madres, que se correlaciona con el no-poder del varón (lo cual, a su vez, contribuye a la fragilidad y desvalorización del lugar de padre)*” (Güida, 2007: 44). En cuando al tercer momento del proceso, “*Vivir con continuidad el proceso de embarazo, nacimiento y crecimiento es presentado con la fuerza prácticamente de un requisito para la construcción de la subjetividad paterna. La necesidad del contacto, de estar presente, asistir al parto, verlo nacer y presentar al hijo o hija, son situaciones muy valoradas (...)*” (Güida, 2007: 45).

En este sentido, resulta fundamental pensar cómo interactúan las instituciones- entre las cuales se encuentran las sanitarias- en la configuración de las paternidades/maternidades que reproducen los patrones hegemónicos para mujeres y varones. “*En muchas ocasiones, los varones, desde el inicio de la experiencia paterna, son excluidos por parte de las instituciones de atención a la infancia y quedan ubicados en un espacio secundario. (...) Esto pone en evidencia la performance de las instituciones involucradas que, por acción u omisión, participan en la consolidación de la desresponsabilización paterna, ya que naturaliza la ausencia masculina en el cuidado de los hijos.(...) Si bien estas instituciones por un lado postergan, resisten o rechazan la participación paterna —con el poder simbólico que esto tiene sobre los padres, sus parejas e hijos—, por el otro, sancionan en el discurso la ausencia paterna y la irresponsabilidad ante la crianza*” (Güida, 2007: 58).

Triple jornada de trabajo de las mujeres pobres

Para comenzar a describir y analizar la jornada de trabajo de las mujeres pobres, es necesario en primer lugar, ubicarnos en el marco donde se desarrolla la vida de estas mujeres, es decir en el contexto donde tienen lugar las prácticas sociales. Prácticas que se refieren a las relaciones que se dan al interior de la familia, como madres o esposas; en el trabajo; en el barrio, en las instituciones, etc. Nos referimos a la *vida cotidiana*, definida por Agnes Heller, como el “conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los hombres particulares, los cuales, a su vez, crean la posibilidad de reproducción social” (Heller, 1977: 34). La vida cotidiana es heterogénea en los sentidos y aspectos más diversos, es el espacio concreto en el que los sujetos construyen y configuran la sociedad y le dan sentido a su vida, “(...) hace de mediadora hacia lo no cotidiano y es escuela preparatoria de ello” (Heller, 1977: 35). Constituye un ámbito concreto de la reproducción de las relaciones sociales, en el que están presentes aspectos culturales, económicos, políticos, sociales, etc.

Es el acontecer de la cotidianidad; donde cobra preponderancia el trabajo como eje estructurante de la vida de los varones y mujeres “(...) el trabajo es una cuestión central de su existencia, una experiencia inmediata y universal que conforma una dimensión fundamental de la vida” (Lumerman, 1998:79). De este modo, para comenzar a abordar la noción de *triple jornada*, tomaremos la concepción de trabajo desde la perspectiva marxista, como toda actividad transformadora, cuyo rasgo central es el carácter de utilidad que otorga a los productos. “Al producir sus medios de vida el hombre produce indirectamente su propia vida material (...) El trabajo en tanto actividad necesariamente social hace a la esencia de cada sociedad, y ésta es la que hace a la esencia del hombre” (Livszyc, 2003:19, 20).

Bajo el modo de producción capitalista, el trabajo cobra carácter de mercancía, adquiriendo la forma específica de trabajo asalariado. De este modo se instaura en la sociedad un tipo de relaciones sociales basadas en la apropiación-expropiación: de quienes sólo poseen su fuerza de trabajo, por parte de los propietarios de los medios de producción. Es así que el trabajo pierde su esencia como modo de realización humana para convertirse en mero medio de subsistencia.

Es en el marco del modelo capitalista, que el trabajo irá mutando en distintas formas, de acuerdo a las necesidades y a los requerimientos de la acumulación del capital. Así el trabajo es precarizado, flexibilizado, terciarizado. Como resultado, la vida de los sujetos que sólo tienen su fuerza de trabajo para sobrevivir, se ve cada vez más empobrecida, al no alcanzar los medios necesarios para su desarrollo pleno.

Estas son las características y las condiciones de trabajo de las mujeres que transitan por el hospital y con quienes nos encontramos en la intervención cotidiana, en las diferentes salas de internación. Tal es así, que se torna crucial incorporar la noción de clase, en tanto categoría relacional que en intersección con el género, nos permiten comprender las desigualdades y opresiones que sufren las mujeres protagonistas de este análisis.

Muchas de las mujeres internadas o que acompañan internaciones en la sala de maternidad y de clínica, relataron que se encontraban trabajando en talleres de costura al momento de la entrevista. Talleres donde la jornada laboral se aproxima a las doce horas diarias y donde el salario se ve condicionado por el volumen de la producción; sin descansos ni feriados. En algunos casos, el taller es a la vez la vivienda de varias familias que conviven compartiendo habitaciones de forma hacinada; en las cuales se les prohíbe salir, apelando a la irregularidad de la situación migratoria; condición que comparten varias de las familias. La falta de documentación suele utilizarse para

instalar el miedo y generar amenazas. Este panorama se agrava aún más debido al desconocimiento de sus derechos en tanto migrantes y la dificultad de acceder a los mismos.

En cuanto a las mujeres puérperas, muchas de ellas trabajaron hasta el momento del parto, en ocasiones producido antes de los nueve meses de gestación. Podemos inferir que esta situación se relaciona íntimamente con las largas jornadas de trabajo forzoso, sentadas frente a una maquina, sin descanso, mal alimentadas y donde el control del embarazo también se ve obstaculizado por estas mismas condiciones de trabajo.

Asimismo, en las situaciones en las que las mujeres padecen Tuberculosis, se visualiza directamente las condiciones materiales de vida en las que las mismas viven, en especial en aquellas donde las condiciones laborales demuestran un altísimo nivel de explotación en largas horas de trabajo, falta de condiciones edilicias adecuadas y hacinamiento, así como una altísima posibilidad de contagio debido a dicha situación. Las mujeres con las que se han efectuado seguimientos desde Trabajo Social en los consultorios externos de Neumotisiología han manifestado la imposibilidad de dejar de trabajar debido a situación de salud, así como profundizar los cuidados de su salud debido a aquellos espacios de trabajo, generalmente los talleres antes mencionados, también suelen ser sus hogares, o los dueños aquellas personas de las que depende también sus viviendas.

En los PSE ligados a la Tuberculosis se visualiza la estrecha relación entre condiciones de vida y el surgimiento de la enfermedad, aunque estos nexos son usualmente negados por el equipo médico con el que se encuentran las mujeres que transitan por el servicio antes mencionado. Los profesionales médicos construyeron relaciones con los usuarios que se caracterizan generalmente por la discriminación, culpabilización, expulsión y desvinculación de los tratamientos con la vida cotidiana de las personas, exigiendo en muchas situaciones condiciones para los mismos (no trabajar, alimentación a la que no pueden acceder, ente otras cosas) que resultan inviables para los sujetos que se atienden en aquel servicio. Respecto de esto, Goldberg sostiene que:

“desde una mirada culturizada o folklorizada, se sugiere que la incidencia de la tuberculosis en estos inmigrantes (bolivianos) es producto de sus modos y estilos de vida y sus conductas higiénicas y de salud que reproducen en nuestra sociedad... la concepción del paciente como ignorante y como responsable de su padecimiento... puede tender a traducirse adjudicando determinados padecimientos a su particular estilo de vida, costumbres, religión o tradiciones...

El médico procede a realizar un breve e intenso interrogatorio... que interpretará desde una dimensión principalmente biologicista, ahistórica y asocial” (Goldberg, 2009: 6, 8).

Continuando con el trabajo informal, las mujeres también se emplean en casas de familia, realizando las tareas domésticas y cuidando los hijos de otras mujeres; en estos casos la jornada es más breve y el trabajo suele ser esporádico. También trabajan en empresas de limpieza o como empleadas en locales comerciales, entre otros. Se destaca también, el trabajo por cuenta propia, como la venta callejera de distintos productos o comida elaborada por ellas mismas.

Es interesante incluir aquí la percepción de las mujeres en cuanto al trabajo. ¿Qué es para ellas trabajar? ¿Qué responden ante la pregunta del trabajo? En un primer momento suelen responder que no se encuentran trabajando, pero luego indagando un poco más, encontramos que realizan alguno de los trabajos antes mencionados, pero que tal vez por la flexibilidad e informalidad del mismo, no lo incorporan a la categoría trabajo. Un ejemplo es el trabajo que realizan en otras casas de familia sólo unas horas por semana para llevar a los niños a la escuela y luego irlos a buscar o realizar las tareas de limpieza. Así lo relata una de las mujeres que pasó por la sala de maternidad del hospital:

“La verdad yo no trabajé durante todo el embarazo (...) Antes sí trabajé.

La misma mujer más adelante afirma: *Yo trabajé hasta los seis meses, limpiaba una casa una vez por semana. Después ya no quiso (mi marido), porque te puedes caer, te puedes lastimar así que lo dejé y ya no trabaje”¹¹.*

Las representaciones en torno al trabajo, no pueden generalizarse de ningún modo, ya que las mismas se construyen de forma diversa en cada mujer, en relación a su historia, su experiencia, sus condiciones de vida, etc. También encontramos que algunas de ellas mencionan las tareas en la casa como un tipo de trabajo, aunque de manera ambigua:

“¿Y vos trabajas? No; trabajo cuidando mis hijos”¹².

Así, el trabajo de las mujeres fuera del hogar o trabajo asalariado se ve complementado con el trabajo diario en la casa y con los hijos, es decir, con el trabajo doméstico. Ambos conforman la llamada *doble jornada de trabajo*, término acuñado por el feminismo y que comienza a utilizarse a partir de la incorporación de las mujeres al ámbito público, más precisamente a la esfera del trabajo remunerado; con la intención de darle visibilidad a aquel trabajo que por relegarse al ámbito privado, deja de ser socialmente reconocido. Trabajo que a su vez es expropiado por el varón, quien obtiene un plus de beneficio por el mismo. Aquí podemos incluir el concepto de explotación, como utilización del trabajo de las mujeres en beneficio de otros¹³.

Entendemos por trabajo doméstico al *“conjunto de actividades que se realizan en la esfera doméstica y que están destinadas a la satisfacción de necesidades de primer orden de los miembros de la unidad familiar, lo que le asigna el carácter de obligatorio y gratuito. La función central del trabajo doméstico es atender al consumo individual, asegurando con su satisfacción el mantenimiento, la reproducción y la reposición de la fuerza de trabajo”* (Rodríguez, 2001: 145)

La maternidad y la paternidad naturalizan la reproducción como un asunto familiar y privado, delegando en el seno de cada familia, la responsabilidad a la mujer quien asume privadamente sus costes (Güida, 2007: 24). Esta asignación de responsabilidades, es garantizada en la medida en que el trabajo doméstico se apoya sobre las bases del amor maternal, como condición natural de la mujer. Las ideas del instinto y el amor maternal se convierten en guía para el ejercicio de la maternidad. Este concepto se construye al traspasar la capacidad biológica de engendrar, al plano social como natural capacidad amorosa. El mito de la mujer-madre aparece *como organizador de sentido de las significaciones colectivas referidas a la maternidad. Ésta es pensada, sentida y ejercida como una realidad objetiva, universal y natural que la torna incuestionable en su modo de ser y de entenderla* (Altamirano; Armanini; González, 2004: 3)

De esta forma se justifican las tareas que las mujeres deben llevar adelante por y para los otros, sean hijos, marido, abuelos, etc. Las mujeres, relegadas al ámbito de la reproducción, se ven obligadas a asumir las tareas domésticas y la crianza de los hijos como funciones propias, inescindibles de su condición femenina. En este sentido, se encuentran negativamente afectadas por la división sexual del trabajo.

Podemos afirmar que la incorporación de las mujeres al mundo del trabajo no ha producido cambios tendientes a democratizar las relaciones entre hombres y mujeres. Éstas continúan

11 Registro de prácticas profesionales – Paula Arpini – Agosto-Noviembre de 2011.

12 Registro de prácticas profesionales – Paula Arpini – Agosto-Noviembre de 2011.

13 Reflexiones aportadas por la Lic. Liliana Morales en el marco del curso de MAO; Marzo a Abril 2012

asumiendo la carga y la responsabilidad por las tareas domésticas.

En las mujeres pobres, al trabajo en la casa y el cuidado de los hijos (trabajo doméstico), se suman una serie de tareas y responsabilidades en relación a la obtención de recursos que no alcanzan a adquirir través de su salario.¹⁴ Para ello deben dedicarse a recorrer diversas instituciones (públicas o privadas) en búsqueda de los mismos. Entre estas posibilidades, se incluyen los beneficios sociales de las políticas asistenciales dirigidas a los sectores más vulnerables de la sociedad. Se trata de los planes sociales, los subsidios, la caja de alimentos, la leche maternal que se entrega en los servicios de salud, entre otros.

Llamaremos *trabajo institucional* a este tipo de trabajo que consiste en vehiculizar las políticas públicas. Estas políticas, se pueden desglosar sectorialmente en aquellas referidas a lo educativo, a lo social, a lo habitacional y a la salud, entre las más relevantes. Todas ellas comparten una característica común: colocan en el centro a la mujer como principal destinataria, como sujeto esencial y crucial para la ejecución de las mismas.

Respecto a las políticas educativas, las mismas se dirigen a las mujeres como responsables directas de la educabilidad de los niños-alumnos, en el sentido de complementar y efectivizar el trabajo realizado dentro de la institución. Las responsabilidades van desde anotar a sus hijos en la escuela y conseguir bacantes, hasta asistir a las reuniones de padres respondiendo al llamado de la maestra; llevar los niños e irlos a buscar; encargarse de las tareas que llevan a la casa, comprar los materiales y útiles y finalmente son las responsables del fracaso o el éxito escolar de sus hijos/as. Aquí también podemos mencionar que la escolarización aparece como requisito para el acceso a políticas sociales, en donde más que un derecho de los niños y una responsabilidad del Estado garantizarlo, se apunta a la obligación que tienen las mujeres de mandar a los niños a la escuela como únicas responsables, invisibilizando así otras variables de mucho mayor peso y que atañen al sistema educativo.

En cuanto a las políticas sociales, mas específicamente las políticas asistenciales, nos referimos a programas tales como el “Ticket social”, “Nuestras Familias”, “Ciudadanía Porteña”, “Subsidio habitacional” (pertenecientes a la Ciudad de Buenos Aires), “Asignación universal por hijo/embarazo”, “Pensión por discapacidad”, “Pensión a madres con más de siete hijos” (pertenecientes a la Nación), entre otras. Todas ellas dependientes de distintos ministerios y secretarías. Es privilegiado el otorgamiento a la mujer, aquí también es la principal destinataria. Como requisitos para su acceso se solicitan contraprestaciones, tales como la escolarización de los hijos, que mencionábamos anteriormente o los controles de salud, que recaen en más trabajo para la mujer. También se debe presentar la certificación de pobreza, y la justificación de que estas solas, sin un varón que las acompañe, que debe solicitarse en otra institución.

Es en este sentido que hablamos de una *triple jornada de trabajo*, en tanto creemos necesario visibilizar y darle relevancia al trabajo institucional que realizan las mujeres-pobres y que complejiza la doble jornada antes mencionada.

Dentro de este entramado institucional, se destaca el hospital como eje central de nuestras prácticas durante la primera etapa de la residencia. Es desde este espacio, que nos situamos y conocemos la realidad de estas mujeres, sus historias de vida y cómo la internación, atraviesa su cotidianeidad, su jornada de trabajo y al mismo tiempo forma parte de ella.

14 Esta consecuencia, como decíamos al inicio, es producto del modo de organización de las sociedades capitalistas, en las cuales por medio del trabajo las familias no alcanzan a obtener los medios suficientes para una vida plena.

Creemos fundamental inscribir la institución hospitalaria dentro de lo que Menéndez denomina Modelo Médico Hegemónico. El mismo refiere al *“Conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII logró dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban 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, 1990). Es un modelo individualizante, ahistórico, biológista, pragmático. Donde la relación médico-paciente se entiende de forma asimétrica, el primero representa la autoridad a quien el segundo debe obedecer. *“(…) Es importante subrayar que el biologismo articula el conjunto de los rasgos señalados y posibilita la exclusión de las condiciones sociales y económicas en la explicación de la causalidad y desarrollo de las enfermedades. El biologismo es el que posibilita proponer una historia natural de la enfermedad en la cual la historia social de los padecimientos queda excluida o convertida en variables bioecológicas”* (Rohlf, 2005:3).

Bajo esta forma, se subordina a otras disciplinas, en nuestro caso el Trabajo Social, cuyas prácticas son entendidas de forma subsidiaria o aislada.

Siguiendo a Menéndez, *“las características dominantes del Modelo Médico Hegemónico son expresión de un proceso, según el cual algunos de los caracteres básicos pasan a tener mayor o menor preponderancia según las condiciones sociopolíticas dominantes. Esta preponderancia se expresa a través de las funciones que este Modelo cumple respecto del Estado y de los conjuntos sociales estratificados”* (Menéndez, 1985:2).

En relación al campo de la epidemiología, I. Rohlf señala la estrecha vinculación entre modelo médico hegemónico, género y salud de la mujer, al momento de realizar la presentación de datos biomédicos. La diferenciación entre sexo y género generalmente aparece en forma nula, empleando el término género en forma indiscriminada, *“(…) tanto en su correcta acepción para definir las relaciones sociales entre los sexos, pero también como sinónimo «políticamente correcto» de la palabra sexo”* (Rohlf, 2005:6). La autora plantea que para el correcto uso del término género se tendría que interpretar los datos a la luz de los determinantes sociales y biológicos de lo que se desea investigar – datos que el modelo médico hegemónico no incluye como relevantes ni determinantes de los procesos de salud/enfermedad de las personas-, para poder explicar de esta manera como es que el género influye directamente de manera desigual en la calidad de vida y la salud de mujeres y varones.

Según Alleyne (2000), *«el género es una de las dimensiones importantes y ubicuas de la inequidad. Frecuentemente, investigadores/as y planificadores/as pasan por alto el hecho de que incluso la biología establece diferencias por sexo en materia de riesgos y necesidades para la salud, ya que en muchos casos se considera que el hombre sigue representando el patrón de funcionamiento fisiológico y social de todas las personas. La segmentación de la sociedad en ámbitos de acción masculinos y femeninos marca asimismo diferencias sustantivas entre los hombres y las mujeres no sólo en materia de riesgos y necesidades sociales y biológicas, sino también en cuanto a oportunidades, recursos y contribuciones para la salud»* (Rohlf, 2005:7)

Algunas imágenes de las mujeres en el Piñero...

Es fundamental resaltar la importancia que juegan las instituciones en la consolidación de los estereotipos de género, reproduciendo los modos hegemónicos en que son entendidos la maternidad y la paternidad, fundamentalmente de los sectores pobres de la sociedad, por ser quienes con mayor fuerza se encuentran bajo la mirada controladora del Estado y sus

instituciones, en tanto cristalizaciones de éste.

Los parámetros hegemónicos en torno al rol de la mujer podrían resumirse en torno a tres preceptos: 1°) *Mujer = madre*, asentado sobre la idea del instinto maternal y de la maternidad como destinto; 2°) *Sexualidad femenina = reproducción humana*, 3°) división entre el *mundo de lo público* (varones) y el *mundo de lo privado/doméstico* (mujeres).

En lo que respecta a la institución hospitalaria, la maternización de la mujer se asienta en *rol como cuidadora*, responsable única y privilegiada de dar los cuidados y atenciones pertinentes a los hijos y demás miembros de la familia. De esta forma, se traslada a la mujer la responsabilidad de cuidado de todos los usuarios del sistema (niños/as, adolescentes, varones, adultos mayores, pacientes en general), devolviendo una situación pública –los cuidados de un usuario de un sistema de salud- al mundo privado y doméstico, y por lo tanto, responsabilizando a la mujer (y necesariamente madre) de este ámbito.

Así lo manifiesta la Lic. Laura Castiglia, una de las Trabajadoras Sociales de la sala de Pediatría:

“(…) con las caídas se ve mucho la culpabilización de las madres, los médicos nunca preguntan por el padre viste, la mujer es la que se tiene que ocupar de los chicos siempre, si le pasa algo y se caen, es culpa de la madre que no estaba atenta, pero nadie se pregunta donde estaba el padre”¹⁵.

En una gran parte de las situaciones, la maternización del acompañante se da con mayor facilidad ya que generalmente son los hijos/as a quienes se los acompaña, por lo tanto, siendo las madres quienes se responsabilizan del cuidado de sus hijos/as, ya sea que lo hacen ellas mismas, son convocadas con ese rol desde los equipos de salud, así como es convocada por el resto de sus familiares desde la misma función. Asimismo, toda conducta que escape a este mandato es significado desde los profesionales del modelo-medico-hegemónico, como “anormal”, caracterizados como “mala madre”, “desamor”, “madre negligente”, “embarazo no deseado” y por lo tanto merecedor del “mal-trato”.

“(…) yo ya no quiero hablar con nadie acá, ahora están todos enojados porque ayer la nena estaba jugando y se cayó. No le pasó nada pero ya aprovechan para mirarte mal acá, ¿Qué se piensan? ¿Que no se cómo tratarla? es mi hija, ya me quiero ir (...).”¹⁶

“A mi hijo me lo esta cuidando su madrina porque yo trabajo, yo le explique a la doctorcita que no me puedo quedar aquí, dos trabajos tengo señora, ella es mi comadre y lo cuida ahorita hasta que yo vengo, le traigo su ropa y sus cosas pero tengo que trabajar, no me puedo quedar, yo necesito que le digan como está mi niño, no le quieren decir los doctores porque yo soy la madre, pero no puedo venir del trabajo (...).”¹⁷

Como contracara a esta sobrecarga puesta sobre la mujer, se encuentra el espacio vacante de los varones en los procesos referidos a la paternidad/cuidado de los hijos (tareas de la reproducción), tanto debido a su ausencia como también por la expulsión producida desde el mismo sistema de salud. Desde el hospital no se promueve la co-responsabilidad paterna como sin embargo esta

15 Registro de prácticas profesionales – Maia Epstein – Agosto-Noviembre de 2011.

16 Registro de prácticas profesionales – Maia Epstein – Agosto-Noviembre de 2011.

17 Registro de prácticas profesionales – Maia Epstein – Agosto-Noviembre de 2011.

contemplado en algunas de las normativas vigentes¹⁸. Comenzando desde el nacimiento del niño, no pueden presenciar el parto, el horario de visita es reducido, se les presentan dificultades en el acceso a Neonatología así como la sala de partos no se encuentra preparada para contener a los varones, al ser salas donde simultáneamente pueden parir dos o tres mujeres y la presencia de los mismos implicaría vulnerar en derecho a la privacidad del resto de las mujeres.

En la sala de internación de pediatría son excepcionales las situaciones en las que es el padre quien acompaña al niño/a internado/a, en el periodo de rotación que aquí estamos analizando se observaron solo dos, una por fallecimiento de la madre y otra por ausencia de la misma dada la situación de violencia conyugal con el padre de la internada. Tal como se abordó anteriormente, la mujer es quien debe cuidar, permaneciendo en una sala donde no tiene lugar para dormir, ni privacidad para recibir los diagnósticos o realizar preguntas y evacuar inquietudes. El cuerpo de la mujer cuidadora queda expuesto en todos los sentidos a la internación de su hijo/a. Generalmente, cuando el padre tiene relación con su hijo/a, no puede acercarse al hospital en el horario laboral del equipo tratante debido a su jornada laboral, por lo que excepcionalmente logra vincularse con el equipo de guardia.

“(...) del padre no se sabe, acá no vino, la señora dice que viene a la noche, no se, nosotros no lo vimos, habría que ver qué pasa.”¹⁹

En otras oportunidades, cuando el trabajo del padre le permite acercarse al hospital en horario de visita, es muy común que desarrolle su rol de proveedor, utilizando ese tiempo para comprar aquello que se necesita en relación a la internación (desde alimentos para la cuidadora hasta material ortopédico para la externación del/la internado/a).

“(...) No, sola no estoy, mi marido me ayuda también, lo que pasa es que él trabaja y apenas puede pasar. Ahora viene a la tarde, me trae una ropa para que me cambie y lo ve al nene, si puede se queda y yo me voy a la casa a ver a mis otros hijos, cuatro más tengo, pero enseguida me vuelvo. El me ayuda bastante, compra las cosas, me trae la ropa (...).”²⁰

“(...) si, mi marido vino y le dijeron lo que tenía que comprar, para su cuellito, creo que en la farmacia acá en frente, no se, me deja eso y ya se va a trabajar y yo me quedo”.²¹

Sin por esto perder de vista las condiciones de precariedad y flexibilización laboral en la que se encuentran estos varones, desde sus ámbitos laborales, la posibilidad de participar en el proceso de nacimiento de sus hijos es limitada²². Una vez más se ve la clara división entre el ámbito de la reproducción y el de la producción, donde la tarea relegada a los varones, en cuanto a la unidad familiar, es la provisión de bienes mediante el salario, tal como afirma Güida *“(...) el deber ser de*

18 La ley 418 de Salud sexual y reproductiva, en su Artículo 4° reconoce como uno de sus objetivos: Promover la participación de los varones en el cuidado del embarazo, el parto y puerperio, de la salud reproductiva y la paternidad responsable.

19 Registro de prácticas profesionales – Maia Epstein – Agosto-Noviembre de 2011.

20 Registro de prácticas profesionales – Maia Epstein – Agosto-Noviembre de 2011.

21 Registro de prácticas profesionales – Maia Epstein – Agosto-Noviembre de 2011.

22 En cuanto a los trabajadores “en blanco” las licencias por paternidad son de un tiempo considerablemente menor (dos días) al otorgado a las trabajadoras. En la actualidad existen proyectos de ley que proponen extender esta licencia a 10 días hábiles previos al nacimiento y 15 días hábiles posteriores al mismo.

los padres se ubica entonces en el dar, asociado al proveer, al traer de afuera hacia adentro. Las madres, en cambio, deben estar, permanecer, recibir lo dado, procesarlo y brindarlo a sus hijos” (Güida, 2007: 52,53).

Respecto de esto, los equipos de salud transmiten la información a las mujeres-madres, en muchas ocasiones de forma insuficiente e ineficiente, así como esta transmisión no se realiza con los varones-padres, por lo que las madres son cuidadoras y encargadas de transmitir a los mismos, que, sumado a la falta de información con la que cuentan estas mujeres en ocasiones facilita situaciones de violencia hacia la mujer.

“Por una parte porque a mi no me decían nada todavía, querían estar seguros de que era eso y no me decían... Venía mi marido y no entendía, me decía “pregunta”, porque el venía a la hora de visita. Yo le decía “no me dicen nada, qué quieres que haga”. Después cuando salió todo positivo, recién ahí hablo la doctora con mi marido. Yo le explicaba que era por el bien del bebé”²³.

“¿Usted no le podría llamar? Porque a mi no me entiende y yo no se que decirle, tampoco yo entiendo, le digo lo que me dijo el doctor nomás, pero a mi tampoco me dicen más y mi marido no me quiere entender”²⁴.

Cuando el panorama se muestra diferente, es decir son los varones quienes quedan al cuidado de los niños/as, la pregunta siempre se dirige hacia dónde está la madre desde un lugar culpabilizador. La madre debe estar siempre a disposición de los requerimientos médicos para el cuidado del niño/a, así como si se encuentra imposibilitado de asumir aquella natural responsabilidad debe justificar detalladamente la situación que invalida desarrollar debidamente su función. Es decir, no existiría aquello que le sucede a la mujer por fuera de la sala de internación, en relación a su trabajo, sus otros hijos, la vivienda, escindiéndola así de su vida cotidiana.

Por otro lado, las mujeres no siempre transitan el hospital como cuidadoras de sus hijos/as, sino que también lo hacen como las mismas usuarias del sistema, encontrándose internadas, así como lo hacen como acompañantes de sus compañeros u otros familiares. Estas situaciones se presentan con mayor frecuencia en la Sala de Clínica, donde las dos situaciones antes detalladas se vinculan con otros dos roles de las mujeres: primero, como cuidadoras de toda relación significativa de sus vidas, o como cuidadoras de toda relación que aparezca significativa socialmente, y segundo, como usuarias del sistema de salud, cuyos procesos se caracterizan por la ausencia de acompañantes.

En las situaciones que acompañamos durante nuestras prácticas encontramos como cuidadoras de personas internadas en su gran mayoría a mujeres, acompañando a sus hijos –niños, adolescentes y adultos-, a sus parejas y en ocasiones ex parejas, a las madres o padres de sus parejas y a sus familiares de origen –padres, madres, abuelos/as, entre otros. En muchas ocasiones esto lo hacían manifestando su compromiso con la situación vivida por la persona internada, aunque a veces manifestaban hacerlo porque “corresponde”, porque si no lo hicieran serían seguramente juzgadas por vecinos del barrio o porque se sintieron presionadas por el equipo de salud.

23 Registro de prácticas profesionales – Paula Arpini – Agosto-Noviembre de 2011.

24 Registro de prácticas profesionales – Maia Epstein – Agosto-Noviembre de 2011.

Algunas de las mujeres manifiestan:

“Me tengo que ir, no me puedo quedar internada, porque mi marido está en casa y él no puede cuidar a mis hijos. Con él no comen, y además tiene que trabajar, no le puede decir al jefe que tiene que quedarse en casa”²⁵

“Yo ya había terminado mi relación con él, pero cuando unas vecinas me dijeron que estaba acá, vine. Cuando salga de acá supongo que tendrá que volver a vivir en casa, pero yo no quiero”²⁶

“A mi lo que me preocupaba era que mis hijos llamaran (de Bolivia), porque ellos no sabían nada que estaba internada. Era lo único que me preocupaba porque yo los llamaba siempre.

¿Y tu marido no los llamaba? No.

Después todo tranquilo. Lo que me daba pena era él, mi marido, porque no se llevaba comida al trabajo. Le preguntaba qué comía y él me decía que nada”²⁷.

Cabe agregar que a pesar de que la mujer es constantemente convocada por el equipo de salud, su cuerpo es francamente expuesto al desgaste, al maltrato institucional, al padecimiento ajeno, al cansancio, siendo que su rol es demandado como “natural”, y por lo tanto no tenido en cuenta la hora de pensar como se construye una internación: la cuidadora no posee condiciones edilicias para acompañar durante muchísimas horas diarias (hasta 24) a una persona, generalmente contando únicamente con una silla, la falta de comida para quien acompaña, así como la sobrecarga del acompañante con tareas cuya responsabilidad depende del servicio de enfermería (y en muchos casos se registra el pago de estos servicios para acceder a ellos).

Para concluir, creemos importante vincular aquella triple jornada a las que las mujeres se encuentran expuestas con sus múltiples formas de acompañar o ser usuarias del sistema de salud durante las internaciones. Creemos que el trabajo institucional, generalmente responsabilidad de las mujeres, impacta como una desventaja más para las mujeres que se intensifica durante sus cuidados o autocuidados durante las internaciones. Dicho trabajo se desdobra, complejizándose por un lado así como imposibilitado por el otro. Es decir: aquel trabajo institucional se complejiza cuando aparecen como cuidadoras en el hospital, puesto que las regulares certificaciones que deben realizar no son visualizados desde los equipos de salud como “justificativos” suficientes para ausentarse de sus responsabilidades de cuidados, así como se complejizan aún más por las gestiones que se suman a la internación (medicamentos, gestión de recursos como sillas de ruedas, camas ortopédicas, etc.) y a las situaciones de pos-alta (el cuidado de las personas una vez que son dadas de alta, el acompañamiento para los seguimientos de salud mediante consultorios externos, etc.). A su vez, estas necesidades de las mujeres se ven interrumpidas por falta de posibilidad de ausentarse de como cuidadora, así como en las situaciones en las que ellas mismas se encuentran internadas, concluyendo con la pérdida de los “beneficios” con los que contaban, dándose de baja los subsidios por falta de certificaciones.

Para finalizar, en el sistema de salud las mujeres se ven explotadas por la complejización de sus múltiples funciones: el trabajo privado/doméstico, su maternidad, su rol como cuidadoras por dentro del hospital, el trabajo informal al que se le suma el trabajo institucional cotidiano como el

25 Registro de prácticas profesionales – Natalia Castrogiovanni – Agosto-Noviembre de 2011.

26 Registro de prácticas profesionales – Natalia Castrogiovanni – Agosto-Noviembre de 2011.

27 Registro de prácticas profesionales – Paula Arpini – Agosto-Noviembre de 2011.

que irrumpe como propio de los procesos de salud-enfermedad y atención que “naturalmente” deben acompañar. En el marco de esta *triple jornada* cabe preguntarse dónde tienen lugar las necesidades de estas mujeres en relación a ellas mismas: el cuidado de *su* salud, *su* participación en la esfera pública, el espacio para *su* esparcimiento y recreación, *su* derecho al tiempo libre....

Reflexiones finales

Comenzamos a pensar en este trabajo de cierre de nuestro primer año de residencia reflexionando sobre las mujeres que transitan por el Hospital Piñero, y sus condiciones de vida, más allá de la irrupción de los procesos de salud-enfermedad-atención que las habían convocado a dicho efector. Al final de este recorrido, consideramos importante reflexionar sobre el por qué de estos cuestionamientos, por qué nuestras inquietudes.

Consideramos que la Residencia de Trabajo Social, fundamentalmente constituida como trabajo y capacitación, nos permitió adentrarnos durante nuestros ateneos en la perspectiva de género y su propio recorrido histórico. El mismo comenzó como una reivindicación de la mujer, propia de la primera oleada del feminismo, hasta construirse hoy como una categoría relacional y como uno de los grandes ejes de lectura de la realidad, junto con la clase, la etnia, los grupos etarios, entre otros.

Aquella posibilidad de capacitación es la que fundamenta nuestras preguntas, y nuestro trabajo sobre las mujeres con las que compartimos nuestras intervenciones. Es desde el compromiso ético-político con las grandes teorías sociales que las intervenciones realizadas pueden cuestionar y torcer el rumbo de lo normado, de lo naturalizado, de lo instituido.

“Se trata de pensar políticas que garanticen derechos y no cristalicen estereotipos y roles culturales asignados a las mujeres y varones de modo que no continúen reproduciendo desigualdades” (Güida, 2007: 7).

Fue por aquella razón que decidimos revisar la “norma”, a través de la constitución del Sistema Público de Salud, sus marcos regulatorios y las políticas públicas que se ponen en juego en nuestras prácticas. Y es a partir de analizarlo, que concluimos que, desde una perspectiva relacional de género, las mujeres que transitan por el hospital no sólo se ven estereotipadas por las tradicionales funciones que le son asignadas, sino que además se ven agravadas por el funcionamiento y estructuración de aquel sistema de salud y políticas públicas que lo regulan, configurándose así una triple jornada, que se erige como una triple explotación hacia las mujeres, en sociedades capitalistas-patriarcales.

En dicho marco es que nuestra disciplina interviene, y es desde el Trabajo Social que nos debemos profundos debates y compromisos con teorías críticas que rompan con la tradicional función de control social de la profesión, que facilita y profundiza las desigualdades que la perspectiva de género, especialmente desde el feminismo poscolonialista, denuncia.

En este sentido, creemos importante destacar que las prácticas desarrolladas en el marco de nuestra rotación hospitalaria nos permitieron visualizar dos importantes cuestiones: Primero, que las mujeres tienen grandes dificultades para emprender cambios contra-hegemónicos en un contexto social capitalista, patriarcal, machista en el que se suma la enfermedad o la internación propia o de un familiar irrumpiendo en su cotidianeidad. Es así como no pudimos visualizar prácticas que den cuenta de un corrimiento de los roles estereotipados para estas mujeres, como cuidadoras, madres abnegadas, y como únicas responsables del trabajo institucional que se presenta como necesario en el efector u otras instituciones, tanto por parte de las mujeres, como

de los equipos de salud que acompañan estos procesos.

En segundo lugar, creemos que es responsabilidad de los equipos de salud poder darse a la tarea de reflexionar y problematizar sus intervenciones en función de generar nuevas estrategias que, acompañando las necesidades de las internaciones, no profundicen las opresiones desplegadas socialmente hacia las mujeres. Consideramos que es desde estos cuestionamientos que, a pesar de los contextos de urgencia y de conflictos en relación a los procesos de salud-enfermedad-atención, los equipos de salud podremos encontrar formas de andar caminos que desarrollen prácticas cuyos efectos redunden en mayores niveles de libertad y autonomía para las mujeres, acompañándolas en sus propios procesos de autodeterminación.

“Es que cuando pensamos en las mujeres sentimos que aún queda un largo camino para su visibilidad, para que avancen en autonomía, para que ejerzan sus derechos, para que se hagan más dueñas de sus decisiones sobre sus cuerpos, su sexualidad y sus vidas” (Güida, 2007: 7).

Bibliografía

ALTAMIRANO; ARMANINI; GONZÁLEZ, *“La adopción, una mirada no hegemónica”*, Publicación: Derechos de familia, Revista Interdisciplinaria N° 27, Editorial Lexis Nexos-Abeledo-Perrot, Buenos Aires; 2004.

ASE, I, BURJOVICH, J; *“La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿Progresividad o regresividad en el derecho a la salud?”*; Revista Salud Colectiva; Buenos Aires; 2009.

BARRER, G; RICARDO, C. Y NASCIMENTO M; *“Como hacer participar a los hombres y los niños en la lucha contra la inequidad de género en el ámbito de la salud. Algunos datos probatorios obtenidos de los programas de intervención”*; Publicación conjunta OMS Y PROMUNDO; Suiza; 2007.

BONAZZOLA, P; *“Ciudad de Buenos Aires: sistema de salud y territorio”*; Buenos Aires, 2010.

BONINO MENDEZ, L. *“Micromachismos: la violencia invisible en la pareja”*, Madrid, España, 1993-2009.

BOURDIEU, P; *“Las estrategias de la reproducción social”*; Siglo XXI Editores; Buenos Aires, 2011.

CONNELL, R; *“La organización social de la masculinidad”* en Teresa Valdéz y José Olavaria (Edit) *“Masculinidades. Poder y crisis”*, Ediciones de las mujeres. N 24, Santiago de Chile, 1997.

DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (Ministerio de Hacienda GCBA). EAH 2010. Disponible en página web:

http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/EAH/2010_tabulados_basicos.pdf

DURE, I; *“Un modelo territorial para la salud de los porteños: marcando el campo en la Ciudad. El sistema público de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires”*; Revista de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires, Año 2, N° 6, Buenos Aires; 2005.

FROMM, E; *“El arte de amar. Una investigación sobre la naturaleza del amor”*; Editorial Paidós; Buenos Aires; 2003.

GOLDBERG, A; *“Paciente boliviano tuberculoso. Representaciones del personal sanitario sobre la identidad y el estilo de vida de inmigrantes bolivianos en la CABA”*; Buenos Aires; 2009.

GRASSI, E; “*La política social, las necesidades sociales y el principio de la igualdad*”; En Jarrin; “*Es posible pensar una nueva política social para América Latina*”; Editorial FLACSO – Ministerio de Cultura; Ecuador; 2008.

GÜIDA, C et al; “*De paternidades y exclusiones. El lugar de los varones en sectores de pobreza extrema*”; Ediciones Trilce; Montevideo, Uruguay; 2007.

HELLER, Agnes: “*Sociología de la vida cotidiana*”, Ed. Península. Barcelona, 1977.

IRIART, I; “*La atención gerenciada en América latina: transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma*”; Cuaderno de Salud Pública vol.16 N1; Rio de Janeiro; 2000.

LEWKOWICZ, I Y COREA, C. “*Pedagogía del aburrido: escuelas destituidas, familias perplejas*”; Editorial Paidós. Buenos Aires; 2005.

LIVSZYC, Pablo, “*Crisis en el mundo del trabajo*”, En: Revista de Ciencias Sociales Nro 42, Facultad de Ciencias Sociales, UBA; Buenos Aires; 2003.

LUGONES, M; “*Multiculturalismo radical y feminismos de mujeres de color*”; Binghamton University; México; 2005.

LUMERMAN, J.P; “*La crisis social Argentina*”; Ed. Lumen; Buenos Aires; 1998.

PAREDES, J; “*Hilando fino. Desde el feminismo comunitario*”; Comunidad Mujeres Creando Comunidad; La Paz, Bolivia; 2010

RESIDENCIA DE MEDICINA GENERAL, FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL HOSPITAL P. T. PIÑERO: Disponible en sitio web: <http://residenciamg.150m.com/menu.htm>

RODRÍGUEZ, D; “*Trabajo femenino, ¿salario para el trabajo domestico?*”; Colectivo Atabal, México; 2001.

ROHLFS, I; “*Genero y salud: diferencias y desigualdades*”; Barcelona; 2005.

MENÉNDEZ, E; “*Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud*”, Cuadernos Médicos Sociales N33; Rosario; 1985.

MENÉNDEZ, E. “*Morir de alcohol*”, Alianza, México, 1990.

MINISTERIO DE SALUD (GCBA). Dirección de Estadísticas para la Salud - Sistema Estadístico Ampliado. Disponible en página web: http://www.buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/areas_tematicas/salud/morbilidad.php

SCOTT, J; “*El género: una categoría útil para el análisis histórico*”; En “*De mujer a género. Selección de textos*”; Centro Editor de América Latina; Buenos Aires; 1993.

VILAS, C. “*Descentralización de políticas públicas: Argentina en la década de 1990*”; Instituto nacional de la administración pública; Dirección de estudios e información; Buenos Aires; 2003.