



facultad de ciencias
sociales



Universidad
Nacional
de Córdoba

Maestría en Ciencias Sociales con mención en Políticas Sociales

Tesis:

**Transformaciones en las estrategias de reproducción social a partir del acceso a una Política de Transferencia Condicionada
El caso del Régimen de Protección Socioeconómica del paciente afectado por Tuberculosis, Córdoba, durante los años 2016-2019**

Autora: Lic. Micaela Aguirre

Dirección: Dra. Victoria Galoviche

Junio 2021

Agradecimientos

A mi mamá, mis abuelas y a mis amigas por el cuidado diario durante este proceso.

A Victoria por su valiosísimo y paciente trabajo de dirección.

A la Universidad Pública, eternamente, por las inmensas posibilidades de aprender que me regaló.

ÍNDICE DE CONTENIDO

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| CAPÍTULO N° 1. MARCO TEÓRICO | 4 |
| 1. Tuberculosis, pobreza y desigualdad | 4 |
| 2. En torno al proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado..... | 7 |
| 3. Nociones sobre Política Social..... | 13 |
| 3.1. Políticas de Transferencias Condicionadas..... | 15 |
| 4. Estrategias de reproducción social..... | 22 |
| 5. La familia como organización formal: nociones sobre unidad doméstica..... | 26 |
| CAPÍTULO N° 2. MARCO NORMATIVO | 28 |
| 1. Punto de partida: antecedentes de protección para tuberculosis en la Provincia de Córdoba..... | 28 |
| 2. El Régimen de Protección Socioeconómica del paciente afectado por Tuberculosis: Ley Provincial N° 9185/04. | 31 |
| CAPÍTULO N° 3. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS | 33 |
| 1. Objeto de estudio y tipo de investigación | 33 |
| 2. Recorte temporal, espacial y poblacional | 33 |
| 3. Trabajo de campo..... | 34 |
| 4. Análisis de la información | 37 |
| CAPÍTULO N° 4. CARACTERIZACIÓN SOCIOECONÓMICA | 39 |
| 1. Total de población, género y edad..... | 39 |
| 2. Conformación de las unidades domésticas..... | 42 |
| 3. Inserción laboral y escolaridad..... | 44 |
| 4. Condiciones habitacionales..... | 47 |
| CAPÍTULO N° 5. TRANSFORMACIONES EN LAS ESTRATEGIAS DE REPRODUCCIÓN SOCIAL A PARTIR DE LA PTC-TUBERCULOSIS..... | 51 |
| 1. Consumos y servicios..... | 51 |
| 1.1- Prácticas de consumo y servicios..... | 52 |
| 1.2- Significados compartidos en torno al consumo..... | 60 |
| 1.3- Dinámica intradoméstica de toma de decisiones en el acceso a bienes y servicios..... | 64 |
| 2. Mundo del trabajo..... | 66 |
| 2.1- El trabajo como dispositivo generador de ingresos..... | 66 |
| 2.2- El trabajo feminizado de cuidados..... | 73 |
| 3. Uso del tiempo libre | 78 |
| 3.1. El tiempo libre como necesidad no reconocida..... | 79 |

| | |
|---|-----|
| 3.2. La recreación como excepcionalidad | 82 |
| 3.3. El tiempo libre mediado por la condicionalidad | 83 |
| 4. Capitales sociales y culturales..... | 84 |
| 4.1. Fortalecimiento de las redes de apoyo | 84 |
| 4.2. Creación de vínculos con los equipos de salud | 85 |
| 4.3. Transformaciones en los saberes sanitarios | 87 |
| | |
| CAPÍTULO 6. TRANSFORMACIONES EN EL PROCESO DE SALUD/ENFERMEDAD/ ATENCIÓN/CUIDADO | 90 |
| 1. Transformaciones en las estrategias de accesibilidad sanitaria | 90 |
| 2. Modificaciones en las posibilidades de descanso y recuperación | 93 |
| 3. Experiencias con la condicionalidad | 95 |
| | |
| CONCLUSIONES..... | 102 |
| | |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 109 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1: Ejes temáticos del guion de entrevista en profundidad | 36 |
| Tabla 2: Total de incorporaciones, género y edad..... | 40 |
| Tabla 3: Distribución según edad y género (cada cinco años) | 41 |
| Tabla 4: Conformación de las unidades domésticas por año (%)..... | 43 |
| Tabla 5: Inserción laboral por año (%)..... | 45 |
| Tabla 6: Hacinamiento por año (%) | 49 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1: Distribución según edad y género por año (%)..... | 40 |
| Gráfico 2: Composición de la ocupación por año (%)..... | 45 |
| Gráfico 3: Escolaridad de la desocupación por año (%)..... | 47 |
| Gráfico 4: Condiciones habitacionales por año (%)..... | 49 |

ABREVIATURAS

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

INDEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina

INE: Instituto Nacional de Epidemiología

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PBI: Producto Bruto Interno

PTC: Políticas de Transferencia Condicionada

PTC-Tuberculosis: Régimen de Protección Socioeconómica del paciente afectado por Tuberculosis: Ley Provincial N° 9185/04

TDO: Tratamiento Directamente Observado

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

RESUMEN

El estudio que a continuación se expone, constituye la tesis final de la Maestría en Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Córdoba. Su objeto de estudio está conformado por las *rupturas y continuidades en las estrategias de reproducción social de las unidades domésticas de los sujetos diagnosticados con tuberculosis en el Hospital Rawson, Córdoba, a partir del acceso a una Política de Transferencia Condicionada - Régimen de Protección Socioeconómica del paciente afectado por Tuberculosis- durante los años 2016-2019*. Para abordarlo, se propuso una investigación de tipo exploratoria, interpretativa-comprensiva, con una metodología de tipo cualitativa, orientada por los objetivos que siguen:

Objetivo general

Analizar las rupturas y continuidades en las estrategias de reproducción social de las unidades domésticas de los sujetos diagnosticados con tuberculosis en el Hospital Rawson, Córdoba, a partir del acceso a una Política de Transferencia Condicionada -Régimen de Protección Socioeconómica del paciente afectado por Tuberculosis- durante los años 2016-2019.

Objetivos específicos

De manera más delimitada, en torno a las unidades domésticas de los sujetos diagnosticados con tuberculosis en el Hospital Rawson, Córdoba, durante el período 2016-2019, se trabajó con los siguientes objetivos específicos:

- 1) Describir sus características socioeconómicas.
- 2) Analizar sus estrategias de reproducción social en torno a las condiciones de existencia, relacionadas a servicios y consumos, mundo del trabajo, uso del tiempo libre y capitales sociales y culturales, a partir del acceso al Régimen de Protección Socioeconómica del paciente afectado por Tuberculosis.
- 3) Indagar en torno a las posibles transformaciones en el proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado a partir del acceso al Régimen de Protección Socioeconómica del paciente afectado por Tuberculosis.

El estudio permitió especificar la vinculación entre tuberculosis y condiciones materiales de vida en la población de estudio. En torno a las transformaciones de las estrategias de reproducción, se identificó que se organizan en dos momentos claves: el primero, mediado por la urgencia y la enfermedad, se vincula a la reducción de gastos, consumos y al apoyo en redes familiares y comunitarias. En el segundo, mediado por el acceso a la transferencia económica, se identifica una ampliación en los consumos y en las posibilidades de descanso y recuperación. En ambos, media una tendencia a priorizar las necesidades de la niñez, una feminización en los cuidados y una transformación desde la urgencia hacia la construcción de estrategias planificadas.

INTRODUCCIÓN

El estudio presentado a continuación constituye la tesis final de la Maestría en Ciencias Sociales con Mención en Políticas Sociales de la Universidad Nacional de Córdoba. El área temática está conformada por la vinculación de dos problemáticas: por un lado, la tuberculosis como problema de salud/enfermedad/atención/cuidado y, por otro, la implementación de políticas sociales sectoriales en este campo, específicamente las políticas de transferencias condicionadas.

En la actualidad, la tuberculosis es una de las 10 causas principales de mortalidad en el mundo, a pesar de ser una enfermedad prevenible y curable. En el 2018, 10 millones de personas enfermaron y 1,2 millones murieron por esta causa. Más del 95% de las muertes se producen en países de ingresos bajos y medianos (Organización Mundial de la Salud, [OMS] 2019).

La manera en la que se distribuyen la carga de enfermedad y muerte por tuberculosis en el mundo es sumamente desigual. Factores como el crecimiento demográfico y el hacinamiento, el incremento de la pobreza y la desigualdad en el reparto de la riqueza y las dificultades en el acceso a los servicios de salud constituyen dimensiones relevantes a la hora de explicar su expansión diferenciada y las dificultades de los sistemas de salud para evitarla (Instituto Nacional de Epidemiología [INE], 2015).

Al respecto, en el último informe de la OMS se explicita que: “la carga de morbilidad varía enormemente de un país a otro, desde menos de 5 a más de 500 nuevos casos por 100.000 habitantes y año, con una media mundial que se sitúa en torno a los 130 casos” (2019, p. 2), mientras que 30 países en el mundo acapararon, en el 2018, el 87% de los casos. Específicamente en la región de América Latina y el Caribe, los países donde la incidencia más aumentó durante el año 2018 fueron Perú, México, Brasil y Venezuela y, si se suman los casos de Colombia y Haití, en estos territorios se concentró el 69% de los casos en la región (OPS, 2019).

En este escenario, Argentina es considerado uno de los países en América Latina con carga alta de Tuberculosis (OPS, 2019). En el país se notificaron 11.695 diagnósticos en 2017 y 10.320 en 2018 (OPS, 2019). Asimismo, la tasa de notificación de diagnósticos entre 2016 y 2015 asistía ya un aumento: de 24,9 a 26,5 por 100.000 habitantes (Ministerio de Salud de la Nación, 2019).

Particularmente en Córdoba, la tuberculosis constituye un campo de intervención en la política sanitaria desde la década del '30. El modo en que se configuró esa intervención fue variando a lo largo del siglo, tomando forma primero de aislamiento y asistencia mediante instituciones de caridad, hacia una progresiva estatización y universalización de los tratamientos y, llegada la década del '90, la implementación de protecciones socioeconómicas específicas (Vera, 2019).

En el marco del proceso de descentralización del sistema sanitario hacia las provincias y la crisis económica de inicios del siglo (Vera, 2019), en el año 2004 se sancionó la Ley Provincial N° 9185/04, que creó el Régimen de Protección Socioeconómica del paciente afectado por Tuberculosis dentro del territorio de la provincia de Córdoba. Dentro de sus requisitos de acceso, se destaca la obligatoriedad de los/las titulares de asumir un tratamiento supervisado de forma diaria en instituciones de salud. En base a esta característica, se enmarcó esta política dentro de las Políticas de Transferencia Condicionada de Ingresos (en adelante PTC).

A lo largo de la investigación, se tomó la definición de Cecchini (2014) para identificar a las PTC, como aquellas políticas que conjugan tres elementos: la transferencia de ingresos monetarios, su condicionamiento al uso de ciertos servicios sociales y la focalización en sectores empobrecidos. Esta forma de intervención ha cobrado notable protagonismo en la región desde la década del '90, el autor afirma que, en el 2012, operaban en 20 países de América Latina y El Caribe y alcanzaban a más de 120 millones de personas, es decir, el 20% de la población total (Cecchini, 2014).

El crecimiento de las PTC ha despertado dentro del campo académico y político diversos debates, principalmente concentrados alrededor de la Teoría del Capital Humano, o del Enfoque de Derechos (Garcés, 2017). Mediante la revisión de antecedentes, se identificó como un elemento común que los impactos de estas políticas se han investigado de forma cuantitativa y a nivel macro social, teniendo en cuenta categorías tales como tasas de desnutrición infantil, prevalencias de enfermedades e indicadores antropométricos, pero se reconoció un desarrollo más escaso alrededor de su incidencia al interior de la cotidianidad de una comunidad y/o unidad doméstica. Asimismo, resultan escasas las experiencias de investigación que vinculen problemáticas de salud/enfermedad/cuidado con políticas de salud específicas. En este sentido, se identificó un espacio poco explorado desde la academia: la relación de políticas sociales con problemas de salud y su específica dinámica hacia el interior del mundo familiar y/o comunitario.

De esta forma, el objeto de estudio que orientó la investigación lo constituyen las *rupturas y continuidades en las estrategias de reproducción social de las unidades domésticas de los sujetos diagnosticados con tuberculosis en el Hospital Rawson, Córdoba, a partir del acceso a una Política de Transferencia Condicionada -Régimen de Protección Socioeconómica del paciente afectado por Tuberculosis- durante los años 2016-2019.*

El recorte espacial se determinó en base a la inserción laboral de la tesista, quien se desempeñó como residente de Trabajo Social en el Hospital Rawson durante el período 2017-2020. Esta institución resultó un escenario pertinente para desarrollar la investigación en tanto dentro de la Provincia de Córdoba constituye un hospital referente para el abordaje de problemas de salud vinculados a la infectología, incluida la tuberculosis.

Asimismo, la delimitación dentro del período 2016-2019 se decidió en tanto desde el año 2016 en la División de Trabajo Social del Hospital Rawson se utiliza un instrumento único de valoración profesional para las incorporaciones de los sujetos al Programa disciplinar de abordaje de la tuberculosis, lo que permitía contar con una herramienta clave para la recolección de información. De esa forma, entonces, se incluyeron los años

completos desde el 2016 hasta que se culminó el proceso de recolección de datos, el año 2019.

Para abordar el objeto de estudio, se propuso una investigación de tipo exploratoria, interpretativa-comprensiva, enmarcada en una metodología de tipo cualitativa, orientada por los objetivos que siguen:

Objetivo general

Analizar las rupturas y continuidades en las estrategias de reproducción social de las unidades domésticas de los sujetos diagnosticados con tuberculosis en el Hospital Rawson, Córdoba, a partir del acceso a una Política de Transferencia Condicionada -Régimen de Protección Socioeconómica del paciente afectado por Tuberculosis- durante los años 2016-2019.

Objetivos específicos

De manera más delimitada, en torno a las unidades domésticas de los sujetos diagnosticados con tuberculosis en el Hospital Rawson, Córdoba, durante el período 2016-2019, se trabajó con los siguientes objetivos específicos:

- 1) Describir sus características socioeconómicas.
- 2) Analizar sus estrategias de reproducción en torno a las condiciones de existencia, relacionadas a servicios y consumos, mundo del trabajo, uso del tiempo libre y capitales sociales y culturales, a partir del acceso al Régimen de Protección Socioeconómica del paciente afectado por Tuberculosis.
- 3) Indagar en torno a las posibles transformaciones en el proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado a partir del acceso al Régimen de Protección Socioeconómica del paciente afectado por Tuberculosis.

Este documento está organizado en seis capítulos. El primero se ocupa de ofrecer un marco teórico que aborda las categorías centrales para el estudio. Luego, se ofrece una presentación del marco normativo de la política social contemplada en la Ley Provincial N° 9185/04. El tercer capítulo presenta las consideraciones y decisiones metodológicas que guiaron la investigación y los capítulos cuarto, quinto y sexto dan cuenta del trabajo analítico realizado. Finalmente, se presentan conclusiones e interrogantes.

CAPÍTULO N° 1

MARCO TEÓRICO

En el capítulo a continuación se da cuenta de las elecciones teóricas y conceptuales que se consideraron para la elaboración de esta tesis. Se pretende desarrollar las categorías principales a partir de las cuales se construyó el objeto y se acompañó el proceso de investigación, por lo que el capítulo abarca las propuestas teóricas en torno a la tuberculosis como un problema de salud ligado a la pobreza y la desigualdad, el proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado, las nociones de Política Social, las estrategias de reproducción social y, por último, los aportes recuperados para la conceptualización de las familias como unidades domésticas.

1. Tuberculosis, pobreza y desigualdad

La primera dimensión que conforma el objeto de investigación se vincula a la tuberculosis como un problema de salud estrechamente asociado a las nociones de desigualdad y pobreza. En este sentido, en los párrafos que siguen se presentan los aportes teóricos que permiten caracterizar el abordaje de esta problemática a nivel nacional y regional desde las Ciencias Sociales.

Siguiendo la conceptualización de Terol García y Gamarra Mendoza (2002), la tuberculosis es una enfermedad infecciosa provocada por la presencia del bacilo de Koch en el organismo humano. Se contagia por vía aérea, persona a persona, a través de la eliminación del bacilo al hablar, estornudar, toser. Este contagio se da, usualmente, entre personas que comparten espacios cotidianos.

Los autores plantean que existe una relación clara entre factores socioeconómicos y tuberculosis, no sólo porque estos afectan la vulnerabilidad de los sujetos a contraer la infección, sino también por los obstáculos que, luego, aparecen en el acceso al diagnóstico, la atención sanitaria y la sostenibilidad de los tratamientos. Afirman que la forma en que se expresa esta relación varía de acuerdo al momento histórico y la región, y destacan cuatro grupos mayormente vulnerables: adultos/as viviendo en condiciones de pobreza, población penitenciaria, población en situación de calle o sin techo y población migrante (Terol García y Gamarra Mendoza, 2002).

Un elemento llamativo vinculado a la tuberculosis tiene que ver con las diferencias entre varones y mujeres en las tasas de notificación. Hudelson (1996) sostiene que, si bien los varones jóvenes constituyen el grupo poblacional más afectado, sobre todo en países en desarrollo a partir de 1950, la diferencia entre varones y mujeres frente a la tuberculosis no puede explicarse mediante argumentos biológicos. Por el contrario, propone que en la distribución de la enfermedad por género interceden factores sociales y culturales que

podrían exponer de mayor manera a los varones a contraer la infección, como por ejemplo el uso del espacio público, las tareas económicas fuera del hogar, el estado general nutricional y la resistencia a consultar en instituciones de salud. Estos interrogantes planteados por el autor resultarán insumos valiosos para trabajar, a lo largo de la investigación, las diferencias y desigualdades basadas en el género en el proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado.

Con el propósito de profundizar en las discusiones locales, se indagó en una serie de estudios en América Latina y, luego, en Argentina. Estos constituyeron herramientas teóricas valiosas para el desarrollo de la investigación, en tanto permitieron recuperar las categorías propuestas desde las Ciencias Sociales para comprender y explicar el fenómeno.

En este sentido, Alves et al. (2019) trabajan la vinculación entre mortalidad por tuberculosis y los determinantes sociales que median el acceso y adherencia al tratamiento en Mato Grosso, Brasil, uno de los estados brasileros con mayor carga de diagnósticos de tuberculosis en el año 2016. Organizaron los determinantes sociales en torno a tres dimensiones: índice de renta, escolaridad y pobreza, y lograron identificar una relación entre renta mínima, pobreza extrema, y baja escolaridad con mayor presencia de mortalidad por tuberculosis en el territorio.

De esta forma, sostienen que para el abordaje de la tuberculosis es necesario impulsar un gasto público orientado a la protección social y “refuerzan la necesidad de impulsar políticas sociales específicas para combatir la pobreza, y fortalecer los programas de transferencia de renta e inversión educacional de jóvenes y adultos.” (p. 6) Uno de sus aportes más valiosos es el reconocimiento de la pertinencia de los dispositivos de protección socioeconómicos en el abordaje de la tuberculosis, necesarios para fortalecer el acceso a diagnósticos y tratamientos, los que, a pesar de garantizarse estatalmente de forma gratuita, no resultan suficientes para reducir la mortalidad de esta enfermedad curable.

En territorio peruano, Quevedo Cruz et al. (2015) indagaron en torno a la relevancia del soporte familiar y social para la adherencia al tratamiento de tuberculosis. Resulta interesante que en este trabajo se incorporan al espectro de factores socioeconómicos a valorar la disposición y manejo de información, los saberes de las personas diagnosticadas con tuberculosis y la carga emocional que trae aparejado el tratamiento.

Consideran que el diagnóstico de tuberculosis genera en el individuo una situación de malestar, no sólo físico, sino también de debilitamiento de redes laborales y afectivas. En este sentido, identifican que aquellas personas que dispusieron de un entorno familiar que acompañe los meses de tratamiento lo sostenían en mayor proporción que aquellas con lazos familiares frágiles. Su aporte más significativo para esta tesis se vincula al interrogante que plantean en torno a las modificaciones que se producen en la inserción laboral y la incidencia de la comunidad en el proceso de salud.

Por último, Cabrera et al. (2018) llevaron a cabo una revisión documental y estadística para evaluar cómo evolucionó la prevalencia, incidencia y mortalidad de la tuberculosis en América Latina y el Caribe en general y con un recorte particular en Cuba.

Parten de asumir que la tuberculosis constituye un fenómeno trazador que permite evaluar diferencias e inequidades socioeconómicas entre distintas regiones.

La situación actual de la tuberculosis a nivel mundial y regional es un fiel reflejo de las diferencias económicas y sociales que existen entre los diferentes países. Esta situación dispar evidencia una serie de condiciones que pueden influir de manera decisiva en su evolución y obligan a realizar una reflexión profunda de lo que realmente está fallando en el control de una enfermedad curable hace más de 40 años y prevenible en la comunidad hace varias décadas. A pesar de los esfuerzos que se invierten para su control en la última década, esta enfermedad continúa sin controlarse en la mayoría de los países pobres. Sin embargo, para las naciones desarrolladas declina desde hace más de un siglo, por lo que se considera un indicador de las grandes diferencias entre y al interior de los países. (pp. 533-534)

Los/as autores/as desarrollan esta revisión documental para identificar de qué manera se estudia la categoría de desigualdades sociales en salud y su abordaje específico en el campo de la tuberculosis en Cuba, recuperando producciones locales desde el 2010 en adelante. El aporte fundamental que ofrecen los/as autores/as es el reconocimiento del uso mayoritario de categorías macrosociales en las producciones científicas en la temática, sobre todo, con el objetivo de evaluar políticas sociales e indicadores de impacto. En este sentido, su estudio permite identificar cómo los aspectos meso y microsociales han quedado en un lugar secundario en este campo problemático y abre el interrogante en torno a los procesos específicos de acceso a la salud y resolución de necesidades a nivel microsocial.

Específicamente para adentrarse en la discusión temática en Argentina, los aportes de Herrero y Carbonetti (2013) resultaron sumamente pertinentes. Su trabajo permite caracterizar la curva de mortalidad por tuberculosis en Argentina desde 1911 hasta 2017 y comprender cómo el crecimiento, desarrollo y diversidad de la tuberculosis por regiones puede asociarse claramente a los procesos políticos y económicos que se desencadenaron en el país en cada período.

Los/as autores/as asocian la modificación en las curvas de notificación nacionales a dos factores: las transformaciones de la intervención estatal en el campo de la salud pública y la aparición del VIH-Sida en la región. Plantean que, si bien es pertinente hablar de un antes y después en relación a la aparición de tratamientos medicamentosos, este no es el único fenómeno para explicar la transformación de la tuberculosis en el país. Por el contrario, reconocen como determinantes los modos de organización de la institucionalidad de la salud pública, las inequidades en la distribución de los recursos de salud hacia el interior del territorio nacional, las crisis económicas y la accesibilidad a la atención sanitaria oportuna.

En síntesis, se pueden identificar algunos elementos comunes alrededor del campo problemático. Inicialmente, que la tuberculosis no constituye en sí un campo novedoso de estudio para las Ciencias Sociales en Latinoamérica, pero sí su abordaje ha estado centrado en su vinculación con los procesos económicos y sociales que inciden en su magnitud y gravedad y con aquellos factores que hacen posible su vigencia aun cuando esta constituye

una enfermedad prevenible y curable. Sin embargo, no se han desarrollado estudios que profundicen la relación entre la tuberculosis y una política social específica y, tampoco, en campos meso y micro-sociales, como hacia el interior de la institución familia, interrogantes que serán recuperados a lo largo de esta investigación.

Por último, existe una continuidad en las propuestas teóricas revisadas que abre un nuevo interrogante en torno a qué nociones de salud se ponen en juego en este campo problemático. Para trabajar en el campo de la tuberculosis de forma oportuna, entonces, resulta necesario ampliar el concepto de salud-enfermedad hacia una concepción integral que permita incluir en el análisis factores sociales, políticos y económicos.

2. En torno al proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado

Se propone trabajar este concepto desde la corriente latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva. Este enfoque parte de una ruptura con la concepción médico-hegemónica de la salud y la enfermedad, y le otorga un carácter intrínsecamente social a los modos en que los distintos grupos poblacionales viven, enferman y mueren. Para caracterizar estos procesos, la corriente de Medicina Social recupera como principal dimensión de análisis el lugar que los sujetos y los colectivos ocupan dentro de los modos de producción y la organización social, política y económica (Laurell, 1982).

Laurell (1982) explica este cambio de paradigma, a fines de los años 70, a partir de dos factores. El primero, externo, se relaciona al surgimiento, en el plano político, de nuevas discusiones en torno a la resolución de necesidades de la clase trabajadora, y el segundo, interno al propio sistema de salud, refiere a las limitaciones de la medicina clínica tradicional para dar respuestas al nuevo perfil epidemiológico de la población en los países industrializados, con mayor presencia de enfermedades cardiovasculares, tumores malignos, etc.

Al respecto, Stolkiner y Ardila Gómez (2012) refuerzan que, hasta las décadas de los '50- '60, la medicina occidental había ofrecido cierta efectividad curativa, al abordar con tratamientos medicamentosos y antibióticos las enfermedades infecciosas, lo que sedimentó su hegemonía, generando una "eficacia simbólica". Sin embargo, el abordaje biomédico no fue suficiente para garantizar niveles de salud colectivos, sobre todo, a partir de la década del '70, con el desfinanciamiento del sistema sanitario, la exclusión de otras prácticas curativas, la mercantilización creciente de la vida cotidiana y la relación asimétrica entre los distintos actores que conformaban el sistema de salud (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012).

Ante esta crisis de la medicina, el pensamiento médico social y de salud colectiva aparecen en la escena académica y política cuestionando radicalmente las nociones de salud y enfermedad. Iriart et al. (2002) recuperan que esta corriente tiene como particularidad la mirada en torno a la salud y la enfermedad en una estrecha vinculación con los procesos históricos de producción y distribución de la riqueza en las sociedades capitalistas modernas.

En coherencia con lo propuesto por las autoras mencionadas, plantean que las primeras producciones desde la corriente de Medicina Social se hicieron a comienzos de la década de los 70 en América Latina, como una respuesta académica y política al desarrollismo, y que permitieron comenzar a delinear una vinculación entre enfermedades emergentes y situaciones de pobreza y desigualdad. Como consecuencia metodológica, este enfoque “define los problemas y desarrolla sus investigaciones a través de unidades de análisis sociales e individuales, pero con un encuadre teórico-metodológico colectivo. Es decir, las especificidades individuales y grupales son analizadas en el contexto social que las determina” (Iriart et al., 2002, p. 130).

En esta línea, Breilh (2011) afirma que la Medicina Social permite distanciarse de los enfoques tradicionales hegemónicos que clasifican las poblaciones y los procesos de salud en clave de riesgo y/o exposición y, también, de aquellos que reconocen ciertos factores económicos, sociales y/o políticos como elementos externos que operan en forma de determinantes. En cambio, para el autor los modos en que se desenvuelven los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado están atravesados de manera dialéctica e intrínseca por el régimen económico, el régimen político, el régimen cultural y la relación específica con la naturaleza.

Un elemento central recuperado en esta conceptualización en torno a la salud y la enfermedad se vincula a los procesos del mundo del trabajo. Menéndez (2005) sostiene que el trabajo en las sociedades capitalistas modernas constituye un elemento fundamental que determina las distintas formas en la que los sujetos y los colectivos viven, enferman y mueren. Sin embargo, el Modelo Médico Hegemónico, en tanto sistema de saber y de poder que reduce la enfermedad a signos y diagnósticos construidos a través de indicadores exclusivamente biológicos, modifica esta relación entre salud y trabajo transformando la noción misma de salud en la posibilidad de trabajar y producir. Estar sano, desde esta mirada hegemónica, no implica el descanso, el ocio, la recuperación física, emocional, familiar, sino la atención de un padecimiento que impide o puede impedir la tarea productiva.

Asimismo, una característica fundamental de las corrientes de la Medicina Social y la Salud Colectiva se vincula con su intencionalidad de explicitar el lugar epistemológico y político desde el cual se piensa e interroga en torno a los procesos de salud. En ese sentido, el carácter latinoamericano y decolonial constituye un elemento intrínseco a sus aportes y discusiones teóricas.

En ese marco, un aporte interesante para este trabajo de investigación se vincula al reconocimiento de las relaciones entre el Modelo Médico Hegemónico y sus nociones de salud con la construcción de políticas, sistemas e instituciones sanitarias atravesadas, en América Latina, por patrones de colonialidad (Basile, 2018). El autor sostiene que las relaciones coloniales de dominación del Norte Global con los territorios latinoamericanos dieron origen a la creación de dispositivos sanitarios basados en prácticas de aislamiento, control y segregación, destinadas a proteger a las poblaciones “sanas” de unas otras, configuradas como peligrosas.

El autor propone la categoría de panamericanismo para explicar cómo, desde la década del '30 del siglo XX, se configuró un compromiso de los estados-nación latinoamericanos con centros de pensamiento del Norte Global a hacer frente a enfermedades infecciosas. En la práctica, estos acuerdos de cooperación habilitaron la creación de campañas y acciones de salud hacia el interior de los países donde el control de enfermedades se realizó mediante la verticalidad y el autoritarismo (Basile, 2020).

Al mismo tiempo, la OMS y la OPS se erigieron como únicas autoridades válidas y legítimas, en el campo sanitario y epistémico, desde donde se impuso una clasificación de enfermedades, una serie de procedimientos y dispositivos de acción que tienen una impronta fundamentalmente biomédica (Menéndez, 2005) y que da lugar a prácticas de salud pública autoritarias y verticales (Cueto, 2015), en agendas sanitarias centradas en la reproducción del capital, la protección de poblaciones “sanas” y la recuperación pronta y oportuna de la mano de obra que garantice el consumo (Basile, 2020).

Asimismo, desde este enfoque se sostiene que, a partir del Consenso de Washington, en América Latina se instalará un paradigma sanitario denominado Salud Global Liberal (Basile, 2018), caracterizado por la financiarización de la economía de la salud, la mercantilización de la vida, la profundización de las desigualdades y la destrucción de la naturaleza. De esta forma, la noción de Salud Global Liberal ofrece un marco para comprender las reformas sociales de los estados-nación y la incorporación de políticas descentralizadas y fragmentadas en salud que tienen como característica primordial la pretensión de reducir el gasto público, al mismo tiempo de erradicar una enfermedad y/o problema de salud sin tocar o modificar las dinámicas estructurales de acumulación y concentración del capital y las condiciones materiales de vida de la población (Cueto, 2015). Estas discusiones serán insumos sumamente valiosos para adentrarse en el análisis de la experiencia de los sujetos con los modos de abordaje instituidos para la tuberculosis, las condicionalidades y las nociones de salud puestas en juego.

Frente a la ampliación de las nociones con las que se conceptualiza la salud y la enfermedad, se vuelve necesario, también, indagar en torno a las maneras de comprender los dispositivos de atención. Al respecto, los aportes de Menéndez (2003) permiten definir bajo la noción de atención a todas aquellas actividades intencionales “que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado.” (p. 186)

El autor propone recuperar todas aquellas prácticas orientadas a la atención de los padecimientos, independientemente de su eficacia y/o eficiencia, y reconocerlas en su diversidad, lo que implica incluir en esta categoría no sólo prácticas biomédicas, sino también la autoatención y la atención de otros/as mediante saberes que no se encuadran en el modelo médico. De esta forma, el eje para la delimitación de las prácticas de atención es la identificación de qué y cómo hacen las personas para atender sus padecimientos y no a partir del reconocimiento de curadores/as, más o menos alejados de la legitimidad académica.

En este escenario, reconoce, al menos, cinco modelos de atención de los padecimientos: el modelo biomédico, el modelo “popular y tradicional”, los modelos

alternativos o *new age*, las prácticas devenidas de otras tradiciones médicas y las centradas en autoayuda. La propuesta de Menéndez (2003) implica partir del reconocimiento de todos estos modelos e indagar cómo, en la vida cotidiana, los grupos sociales las hacen interactuar entre sí, las articulan, siempre, en un marco de hegemonía y subalternidad.

La articulación de todas estas prácticas es lo que Menéndez (2003) define como sistema de autoatención:

Los sujetos y grupos sociales constituyen el agente que no sólo usa las diferentes formas de atención, que las sintetiza, articula, mezcla o yuxtapone, sino que es el agente que reconstituye y organiza una parte de estas formas de atención en actividades de “autoatención”, dado que la autoatención constituye no sólo la forma de atención más constante sino el principal núcleo de articulación práctica de las diferentes formas de atención, la mayoría de las cuales no puede funcionar completamente si no se articula con el proceso de autoatención. (pp. 190-191)

Resulta interesante, entonces, cómo la propuesta del autor permite repensar la categoría de atención. Sus aportes habilitan no sólo recuperar las prácticas externas de atención, sino también, los saberes, representaciones y prácticas que los propios sujetos ponen en juego a la hora de prevenir, aliviar, reducir o curar un malestar físico, emocional, real o imaginario, independientemente de cuál sea su legitimidad, eficacia o respaldo científico.

Asimismo, la incorporación de perspectivas de género en la discusión teórica ha permitido y, exigido en la misma medida, completar la categoría del proceso de salud, enfermedad y atención incorporando la noción de cuidado. Al respecto, Domínguez Mon (2017) plantea que, desde fines del Siglo XX, a raíz de las transformaciones epidemiológicas latinoamericanas y el crecimiento de las afecciones crónicas, en el campo de la salud fue necesario incorporar esta categoría, como eje fundamental en la atención de los malestares de salud no transmisibles y de larga duración. Define al cuidado dentro de espectro de salud como:

actividades prácticas concretas, particularmente, los cuidados de la salud que desarrollan las personas en función de brindar protección a quienes consideran en relación de dependencia (sea esta transitoria o permanente), o en situación de vulnerabilidad (también permanente o transitoria) y a toda aquella persona que lo requiera para el mantenimiento y sostenimiento de su vida. (p. 378)

Asimismo, la autora refuerza que, en tanto las tareas de cuidado son indispensables dentro del espectro salud y se realizan, en su mayoría, en la domesticidad, deben ser entendidas como trabajo no mercantilizado y feminizado. De esta forma, la no mercantilización de estas acciones responde a la división sexual del trabajo que subestima, minimiza e invisibiliza el trabajo de las mujeres hacia el interior de las viviendas, asumiendo que este se realiza por vocación, abnegación o amor familiar.

En coherencia con esta lectura, Mendes Diz, Domínguez Mon y Schwarz (2011) afirman que la feminización de los cuidados y su reducción al ámbito doméstico responde a

una lógica fundamental de la estructura patriarcal. La división sexual del trabajo habilita una doble construcción: la figura del varón, proveedor, necesariamente productivo en el espacio público, y la figura subalterna, representada por la mujer, encargada no sólo de la concepción y la reproducción biológica de la especie, sino también, responsable de la crianza y el cuidado de niños/as y todas las personas que, al interior de la familia, lo requieran.

Otro de los aportes que ofrece Domínguez Mon (2017) para profundizar la discusión en torno al cuidado es la diferencia en su definición con el modelo biomédico. En base a su trabajo etnográfico, concluye que el cuidado dista ampliamente de ser un fenómeno autónomo, libre e individual. Por el contrario, propone conceptualizar la noción de cuidado inserta en las condiciones materiales de vida de la población y en las condiciones institucionales de la atención sanitaria.

Resignificar el cuidado implica movilizar esta categoría desde una esfera privada hacia una lógica colectiva. En otro de sus aportes, Domínguez Mon (2015) explicita que la noción liberal de cuidado está asociada al cuidado propio, al cuidado de sí, al cuidado privado, donde la división sexual del trabajo opera como eje organizador, mientras que la construcción de una ética de cuidados permitiría, en primer lugar, reconocer que el cuidado está inserto en un sistema político, económico y social y, en segundo lugar, que, aun cuando se hace de forma privada, implica una responsabilidad colectiva.

Asimismo, los aportes de Pautassi (2016) permiten reforzar la centralidad del cuidado dentro de la reproducción de la vida y el proceso de salud. La autora propone pensar al cuidado como un conjunto de prácticas que sostiene y nutre a las personas, prácticas que son tan diversas como fundamentales para la existencia humana. De acuerdo a su análisis, las tareas de cuidado incluyen desde el autocuidado hasta el cuidado directo hacia otros/as, incorporando tanto la generación de condiciones propicias para el cuidado: la compra de alimentos, el pago de servicios, el lavado de la ropa; como la gestión del cuidado: la organización de horarios, los traslados, el acceso a instituciones educativas y de salud, entre otras.

Con la intención, entonces, de ampliar qué se entenderá por trabajo de cuidados a lo largo de este trabajo, resulta útil recuperar la síntesis que ofrecen Ceminari y Stolkiner (2018), quienes afirman que dentro de esta gran categoría se incluyen todas las actividades requeridas para resolver las necesidades cotidianas, de existencia y de reproducción, a nivel material y simbólico y que hacen posible la vida en sociedad. En este sentido,

el cuidado incluye varias dimensiones como el autocuidado; el cuidado directo de otras personas, en tanto relación interpersonal de cuidado; la provisión de condiciones para que se realice el cuidado como la limpieza del hogar y la compra y preparación de alimentos y, por último, la gestión del cuidado que incluye la coordinación de horarios y supervisión de tareas de cuidado. (Ceminari y Stolkiner, 2018, p. 38)

Las autoras, además, afirman que, en el campo de las políticas sociales, el mundo del cuidado se conceptualiza como *organización social del cuidado*, categoría que permite

otorgarle centralidad al cuidado dentro de la noción de bienestar e interrogarse sobre la interrelación entre estado, mercado, familia y comunidad en su producción y distribución. Esta categoría permite reconocer redes de cuidado, conformadas entre quienes requieren cuidado, quienes lo dan, los actores institucionales, los derechos reconocidos, la participación mercantil; y dar un paso más en su distribución: no sólo entre varones y mujeres, sino también entre la esfera pública y la esfera doméstica.

La incorporación de esta categoría ha permitido, entonces, identificar que la carga de cuidado, en América Latina, se encuentra desigualmente distribuida (Pautassi, Arcidiácono y Straschnoy, 2014). Asimismo, las autoras refieren que, en tanto la división sexual del trabajo se mantiene inalterada aún con el ingreso progresivo de las mujeres en el mercado de trabajo formal, se produce una sobrecarga de tareas para las mujeres, sobrecarga que se encuentra atravesada y determinada por las estratificaciones de clase y por las posibilidades diferenciadas de ingreso en los hogares. De esta forma, el cuidado y su organización inequitativa refuerzan una brecha material de configuración de las desigualdades.

En coherencia con esta lectura, un aporte significativo para complejizar la noción de cuidado lo constituye la propuesta de Ierullo (2014). El autor aborda este campo en vinculación con la categoría de pobreza persistente. Plantea que, en la actualidad, se asiste a una crisis del cuidado, que pone en cuestión el modelo tradicional en el que este se organizó y sostuvo durante todo el siglo XX. Este modelo está sustentado en tres principios: la familiarización del cuidado, la aplicación del modelo de familia nuclear como principio de la división sexual del trabajo y la orientación familiarista de las políticas sociales de asistencia.

El autor afirma que, si bien aún no se consolidó un modelo alternativo, factores como las relecturas del cuidado desde una perspectiva de género, el debilitamiento de la inserción laboral, sobre todo de los varones, la aparición de nuevos modelos de familia, entre otros; el mundo del cuidado, especialmente en contextos de pobreza, se complejizó y multiplicó, incorporando a las organizaciones comunitarias como otro actor central (p. 125).

Por último, incorporar en el análisis del proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado a los mandatos de género implica preguntarse, también, por las masculinidades. Su indagación en el campo de la tuberculosis es aún más pertinente, en tanto, a nivel mundial y nacional, los varones adultos son quienes la padecen con mayor frecuencia (Ministerio de Salud de la Nación, 2019).

Al respecto, Figueroa Perea (1998) afirma que la dinámica de la salud en la especificidad masculina está unida y determinada por los patrones de socialización y de los papeles que son otorgados por la sociedad a la figura del varón. El autor, retomando a De Keijzer (1992), afirma que existe una diferencia en la morbimortalidad masculina y femenina, pero que esa diferencia no puede explicarse solamente por diferencias físicas y/o biológicas. Por el contrario, recupera ciertos patrones que construyen la masculinidad en la modernidad y que tienen su reflejo y operan, también, en el campo de la salud: la menor capacidad para el autocuidado, la pretensión de la resistencia, la exposición a riesgos.

En coherencia con esta idea, Galoviche (2016) afirma que, en este campo, “se despliegan una serie de prácticas y representaciones acerca del “deber ser” femenino y masculino, que, en términos de desarrollo de bienestar de la población, ha conllevado diversas formas de opresión e inequidades entre los géneros.” (p. 93) La noción del varón que debe ser proveedor, autosuficiente, protector también se construye desde la atención sanitaria y, sobre todo, trae consecuencias para el propio bienestar y para el de mujeres, niños/as y otras identidades.

Si bien estos/as autores/as abren los interrogantes en torno a la masculinidad dentro del campo de la salud sexual y reproductiva, resulta interesante recuperar sus inquietudes en otros espacios de atención sanitaria, en tanto los ideales socialmente valorados en torno a las masculinidades construyen subjetividad y, también, corporalidades (Galoviche, 2019). En este sentido, asumir que los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado son experimentados y vividos de manera diferencial por varones y mujeres exige, también, adoptar una perspectiva de género a la hora de indagar hacia el interior de las unidades domésticas y sus estrategias de reproducción.

3. Nociones sobre Política Social

Danani (2004) inscribe a la categoría de política social dentro de las intervenciones sociales del Estado. La define como el conjunto de intervenciones estatales que moldean de forma directa las condiciones de vida y de reproducción de la población, y que actúan en el campo específico de la distribución secundaria del ingreso.

Un segundo elemento que aporta Danani (2004) a la definición de la política social es la noción de necesidades. Sostiene que el valor de cambio de la fuerza de trabajo en un sistema de mercado no incluye el reconocimiento de todas las necesidades que deben garantizarse para la reproducción de los/las trabajadores/as. Al mismo tiempo, recupera que, frente a la no garantía de vender la fuerza de trabajo en el mercado, los/las trabajadores/as resuelven estas necesidades por fuera de la relación capital-trabajo.

De esta forma, para la autora, toda necesidad que se fugue de esta relación constituye una contradicción: por un lado, debilita la legitimidad del mercado como institución central en la sociedad capitalista, pero por otro, habilita a reducir los niveles de salario en tanto estos no deben cubrir la totalidad de las necesidades de los/as obreros/as. Las vías por las cuales los/as trabajadores/as resuelven esas “otras” necesidades son la Familia y el Estado. La política social, como dispositivo del Estado, lleva intrínseca una idea de necesidades y de su reconocimiento, lo que derivará en una fuga más o menos temporal del dominio del capital. Cuánto permitan o no a los/as trabajadores/as alejarse de la relación capital-trabajo para su reproducción variará de acuerdo a cada momento histórico y al proceso de lucha por el reconocimiento de las necesidades, por lo que, en este punto, Danani (2004) permite sostener que no toda política social es redistributiva ni progresista para la clase obrera, sino que depende del modelo de acumulación y de la idea de bienestar que la sustenten.

Desde esta perspectiva teórica, las políticas sociales son creadoras de sociedad/sociedades, en tanto definen quiénes entran en el mercado laboral, por cuánto tiempo, bajo qué condiciones y quiénes deben y/o merecen resolver sus necesidades mediante otros dispositivos de asistencia. Al respecto, Grassi y Hintze (2018), caracterizan a las políticas sociales como una parte del entramado que hace posible escapar del apremio de “no poder sobrevivir o de tener que trabajar para mal vivir.” (P. 21) Cazzaniga (2013), insiste en la “misión contradictoria” de las políticas sociales: al mismo tiempo que permiten mantener y legitimar un sistema de acumulación, habilitan la reproducción de ciertos grupos poblacionales y, en retroalimentación con los movimientos sociales, reconocen y amplían derechos sociales que, de acuerdo al momento histórico, fortalecen el campo popular.

Estos aportes teóricos permiten ampliar la noción de política social, en una vinculación estrecha con la categoría de ciudadanía. Andrenacci y Repetto (2006) insisten en que la política social se constituye como un conjunto de intervenciones de la sociedad sobre sí misma, intervenciones que orientan los procesos de integración social y delimitan el “umbral de ciudadanía”, en tanto condiciones de igualdad mínimas y de desigualdad máximas permitidas para la reproducción en un momento y lugar dados. En este proceso, el Estado como agente institucional actúa “con mayor o menor importancia relativa según los casos.” (p. 4)

En este sentido, Martínez Franzoni (2007) argumenta que gran parte de la literatura producida en torno a la categoría de políticas sociales pareciera tener como único foco de atención los dispositivos que genera el Estado, dejando de lado estas otras instituciones que regulan la supervivencia y garantizan el bienestar, a saber: la familia y el mercado.

Este estudio aborda el bienestar como capacidad, no como estado, para manejar incertidumbres tales como la enfermedad, la vejez, la discapacidad, la discriminación, el desempleo, el divorcio o la muerte. El régimen de bienestar no es sino una constelación de prácticas diversas, aunque jerárquicamente organizadas de asignación de recursos. (Martínez Franzoni, 2007, p. 11)

En este sentido, entiende a la política social como parte de una constelación de bienestar, que actúa de manera vincular y relacionada con otros mecanismos de resolución de necesidades cotidianas. Poner la mirada, entonces, en la política social en vinculación con los contextos familiares y/o domésticos es pertinente para reconstruir las estrategias de reproducción de las personas.

Por último, la autora reconstruye tres categorías que son centrales en el estudio de la política social a la luz de la realidad latinoamericana. Las nociones de mercantilización, desmercantilización y desfamiliarización constituyen aportes útiles a la hora de identificar las incidencias de las políticas sociales en la vida cotidiana de las poblaciones.

La mercantilización refiere al modo en que el mercado laboral es capaz de proveer trabajo remunerado a toda la población y se evalúa, no sólo midiendo índices de empleo/desempleo, sino también valorando la calidad y estabilidad de ese empleo y la garantía de acceso a la seguridad social. En América Latina, la mercantilización plena de la

fuerza de trabajo lejos está de constituir una realidad, por lo que su estudio constituye más bien un reto, un desafío, y se valora en términos graduales (Martínez Franzoni, 2007).

La segunda categoría, centrada más específicamente en el estudio de las políticas públicas, es la desmercantilización. Refiere al grado en que se puede garantizar el bienestar de un grupo poblacional de manera autónoma al intercambio mercantil, en base a la redistribución de los recursos. Por último, la desfamiliarización hace referencia al grado en que se puede garantizar el bienestar de manera independiente a la existencia de trabajo femenino no remunerado en el marco de la división sexual del trabajo hacia el interior de las organizaciones familiares (Martínez Franzoni, 2007).

3.1. Políticas de Transferencias Condicionadas

Dentro del amplio campo de la Política Social, resulta necesario detenerse en la forma específica en la que se comprenderá, en este estudio, a las Políticas de Transferencias Condicionadas y en explicitar los enfoques y aportes teóricos desde donde se facilitará la tarea analítica. En este apartado, entonces, se desarrollará conceptualmente esta categoría y se dará cuenta de las principales discusiones vigentes en el campo temático dentro de las Ciencias Sociales.

Inicialmente, los aportes de Calabria et al. (2010) permiten acercarse a una definición conceptual. Los/as autores/as afirman que las PTC han cobrado un notable protagonismo en América Latina desde la década del '90 como instrumentos de lucha contra la pobreza. Estas consisten en entregar dinero a las familias pobres con la condición de que asuman un determinado comportamiento, en general vinculado a educación infantil y salud.

Para estos/as autores/as, los objetivos principales de las PTC se orientan en dos sentidos. En primer lugar, buscan aumentar los ingresos a corto plazo y facilitar las prácticas de consumo inmediato y, por otro lado, se orientan a aportar a la superación intergeneracional de la pobreza apostando a la “acumulación del capital humano”¹ mediante la accesibilidad a sistemas de educación, salud, nutrición, etc.

En coherencia con esta conceptualización, Villatoro (2005) las define como los mecanismos de acción estatal orientados a las poblaciones que viven en la pobreza estructural, las poblaciones que viven levemente sobre la línea de pobreza y las poblaciones con necesidades especiales. Sostiene que las PTC tienen como objetivo reducir la pobreza a largo plazo mediante la transferencia monetaria formal a cambio de contraprestaciones por parte de las familias de interés público estatal.

Siguiendo a Cecchini (2014), las PTC conjugan tres elementos específicos en su configuración e implementación, lo que les otorga su especificidad. Por un lado, la

¹ La discusión en torno a la categoría de Capital Humano se desarrollará avanzado el apartado.

transferencia de ingresos monetarios, luego, su condicionamiento en vinculación al uso de ciertos servicios sociales, usualmente sectoriales en salud y educación, y, finalmente, la focalización, priorizando hogares pobres y “extremadamente pobres” (p. 51). A estas dimensiones se pueden incorporar, también, dos elementos más que Rodríguez Enríquez enuncia como característicos: la prioridad en la focalización a los hogares conformados por niños/as y adolescentes y la preferencia por otorgar la titularidad de la prestación a las mujeres adultas madres.

Los primeros antecedentes de las PTC en América Latina se encuentran en Brasil y México en la década del ‘90, incorporándose luego del 2000 Chile y Perú. Cecchini (2014), en base a su informe elaborado para CEPAL, afirma que las PTC operaban, en el 2012, en 20 países de América Latina y El Caribe, y cubrían a más de 120 millones de personas, es decir, el 20% de la población total. Este desarrollo implicaba un costo de aproximadamente el 0,4% del PBI de la región.

En el caso argentino, su expresión más masiva la constituyó, a partir del 2009, la Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (Garcés, 2017; Aquín et al, 2014). Esta tuvo algunos antecedentes años anteriores como el Plan Jefes y Jefas de Hogar, el Programa Familias, el Programa Ellas Hacen, entre otros (Arcidiácono y Bermúdez, 2018).

El crecimiento de esta forma específica de asistencia estatal ha despertado dentro del campo académico y político diversos debates. La primera pregunta que surge al revisar antecedentes gira en torno a la pertinencia de las condicionalidades en este tipo de política social para la erradicación de la pobreza. Siguiendo a Garcés (2017), este debate alcanza un grado de complejidad mayor cuando la condicionalidad que habilita la transferencia de dinero desde el Estado hacia sectores de la pobreza no sólo constituye un aspecto técnico, administrativo o instrumental de acceso, sino que se elabora en torno al cumplimiento de un bien o servicio reconocido como parte del ejercicio de un derecho social de ciudadanía.

El principal fundamento para la implementación y el desarrollo de este tipo de PTC es que la exigencia de la condicionalidad contribuiría, aparentemente, a mejorar la eficacia de otras políticas sectoriales, a saber, del campo de la salud y la educación públicas. Asumir esta intencionalidad abre, también, el interrogante sobre las capacidades del Estado para ofrecer el acceso universal a los derechos sociales que exige como contraprestación:

Sin embargo, nótese que todo esto adquiere sentido sólo si el Estado garantiza a priori a existencia de escuelas, de puestos de salud y de registros civiles al alcance de toda la población, a la vez que si arbitra otros medios o medidas también tendientes a posibilitar el acceso de la población a estos servicios. (Garcés, 2017, p. 49)

Las lecturas contemporáneas desde las Ciencias Sociales se pueden agrupar en dos perspectivas que tanto justifican o cuestionan la existencia de las condicionalidades. Su principal punto de ruptura tiene que ver con la vinculación que hacen de ellas en relación al acceso a derechos de la población.

Una primera perspectiva es la referente a la Teoría del Capital Humano, categoría proveniente del campo económico que tomó relevancia en la orientación y desarrollo de las políticas sociales a partir de la década del '90 y el Consenso de Washington. Garcés (2017) refiere que la noción de capital humano conceptualiza la dotación de recursos de las personas en el campo de la salud, educación y capacitación. Los principales expositores de esta corriente son Cohen y Franco (2006), quienes definen esta categoría en relación a la de desarrollo, afirmando que un aumento en las capacidades y facultades disponibles de la población en materia de salud y educación permitiría a mediano y largo plazo un mejor desempeño en el mercado laboral y en términos productivos.

Garcés (2017) y Rodríguez Enríquez (2011) afirman que, en el campo de las políticas sociales, esta corriente fundamenta la existencia de las condicionalidades en las transferencias monetarias estatales en tanto parten de un supuesto: hay ciertas poblaciones que viven en contextos de pobreza que carecen de habilidades valoradas en el mercado laboral formal, por lo que se justifica la necesidad de una intervención específica que rompa con la reproducción de pautas circulares y viciosas dentro de la pobreza. Esta perspectiva, enunciada y promovida por los organismos multilaterales, asume que las familias que viven en la pobreza no son capaces de invertir suficiente capital en las generaciones más jóvenes que les permitan salir de esa carencia material a mediano plazo.

Esta perspectiva, sustentada por los organismos multilaterales y de cooperación internacional, complementada con la idea de que existe una subcultura paralela asociada a los estados de carencias (una “subcultura de la pobreza”) permiten asociar las malas decisiones de los hogares a la falta de ciertos activos claves (principalmente educación y salud) y la posesión de estructuras cognitivas contrarias, o cuanto menos, limitantes a la generación de círculos virtuosos de mejoramiento del bienestar del hogar a través de las alternativas ofrecidas por el mercado. (Garcés, 2017, p. 53)

Bajo el argumento de que esta manera de construir políticas asistenciales genera dispositivos disciplinatorios y de control para acceder a servicios que constituyen derechos sociales básicos, se reconoce otra perspectiva que cuestiona la pertinencia de las condicionalidades. Este segundo enfoque es conocido como perspectiva o Enfoque de Derechos (Garcés, 2017). En adelante, se recuperan los principales aportes de autores/as referentes de este enfoque, en tanto constituyen insumos claves para el trabajo analítico de esta tesis.

Pautassi (2010) sostiene que el Enfoque de Derechos constituye una herramienta valiosa para construir políticas públicas que, por un lado, asuman un carácter universal y garanticen una red de protección para aquellos sectores más vulnerables y que, por otro, asuman una lectura de género, “no solo para garantizar protección a las mujeres en relación con las arbitrariedades del mundo del trabajo, sino que operen sobre la división de responsabilidades de cuidado y de las obligaciones positivas que tiene el Estado” (Pautassi, 2010, p. 5). Los/as autores/as referentes en este campo, sostienen que, contrario a esta premisa, la condicionalidad que caracteriza a las PTC en América Latina oculta una lógica

de intercambio, de mérito individual para acceder a un beneficio, que al enarbolarse como tal, pierde la categoría de derecho humano.

En este sentido, referentes de este enfoque como Pautassi (2013) y Pautassi, Arcidiácono y Straschnoy (2014), proponen analizar el desarrollo y diseño de las PTC en América Latina en vinculación con el principio de igualdad. Pautassi (2013) sostiene que la noción de igualdad constituye un principio neurálgico en las declaraciones de Derechos Humanos y en la mayoría de constituciones latinoamericanas. Sin embargo, las iniciativas estatales en el campo de las políticas sociales bajo la modalidad de PTC, poco han aportado a su fortalecimiento y al aseguramiento del principio de no discriminación. Por el contrario, al profundizar la distinción entre sectores protegidos por su afiliación al mercado laboral formal y sectores protegidos por políticas asistenciales mínimas, atravesadas por condicionalidades en su acceso, la noción de igualdad en las PTC resulta reducida, sino residual. En coherencia con este aporte, Garcés (2017) sostiene que:

Desde la lógica de los Derechos Humanos, también se cuestiona la inclusión de cualquier tipo de contrapartida o exigencia, ya que se establece que la condición de persona debe ser el único requisito para la titularidad de los derechos; y en coherencia con esto, insiste en que la responsabilidad de garantizar el suministro y la calidad de los servicios de salud y educación a los portadores de derechos les correspondería a los poderes públicos, los cuales deberían garantizar la disponibilidad de escuelas y puestos de salud. (p. 56)

Al mismo tiempo, la práctica requerida como contraprestación constituye una forma de disciplinamiento de la población objetivo, que está fundada en un prejuicio anterior. Se asume que las poblaciones pobres sólo se ocupan de su salud y educación, o la de sus hijos/as, en tanto obtengan un ingreso monetario a cambio (Garcés, 2017).

En relación a este planteo, Rodríguez Enríquez (2011) discute con la premisa de la responsabilidad individual de las situaciones de pobreza y la noción de falta de capitales de la Teoría del Capital Humano. La autora afirma que asociar las condiciones de pobreza a una falta de saberes específicos implica desconocer, al menos, el proceso de feminización de la pobreza y cómo este no depende de características, actitudes o predisposiciones personales, “sino que está explicada fuertemente por los mecanismos que excluyen a las mujeres (en mayor medida que a los varones) de los canales más habituales de acceso a un ingreso monetario (el mercado laboral y los sistemas de protección social).” (Rodríguez Enríquez, 2011, p. 14)

En coherencia con este aporte, Pautassi (2009) reafirma la necesidad de evaluar las nociones de pobreza que sustentan las PTC. Sostiene que, en contraposición, las situaciones de pobreza y/o carencia no se explican por una falla en las familias o una falta de disposición para cumplir con deberes, transformados, en este caso, en condicionalidades, sino que se encuentran vinculadas directamente a una escasa estructura de cuidado y a vínculos sumamente débiles entre las familias pobres y las políticas de salud y educación.

De esta forma, otro de los aportes fundamentales que el Enfoque de Derechos ofrece para adentrarse en el análisis de las PTC se vincula a la tensión entre asistencia y

organización del cuidado. Al respecto, Pautassi (2009) parte de afirmar que las políticas públicas disponen de un lugar privilegiado para condicionar las conductas de las personas, por ejemplo, la inserción femenina en el mercado laboral formal o su dedicación a tiempo completo a tareas del hogar y, de esta manera, constituyen una herramienta que puede modificar, o no, la organización y combinación entre el trabajo productivo y el trabajo de cuidados.

En acuerdo con esta lectura, Gabrinetti y Danel (2016) coinciden en que el Estado, a través de sus intervenciones, asigna, refuerza o tensiona roles y posiciones dentro del espacio social. Bajo la modalidad de asistencia de las PTC, las autoras afirman que se “producen y reproducen los lugares social y culturalmente asignados a las mujeres en tanto responsables de las tareas de cuidado y que, frente a una provisión pública del cuidado incongruente con la demanda concreta, esto incide en reforzar las desigualdades de clase y de género” (p. 7)

En este sentido, como se adelantó en el apartado anterior, Pautassi (2009) sostiene que la ausencia de políticas públicas en América Latina orientadas a cubrir tareas de cuidado genera que la resolución de los conflictos entre trabajo productivo y tareas de cuidado se organice de manera muy diversa de acuerdo a los capitales económicos con los que cada familia cuenta. De esta manera, en contextos de pobreza y frente a los procesos de precarización y flexibilización laboral que permearon en América Latina con el avance del neoliberalismo, son escasas las familias que disponen de recursos que permitan fugar estas tareas de cuidado hacia el espacio público, ya sea a través del mercado o a través del Estado. Así entonces, la autora refuerza que la problemática de la organización social cuidado remite a una cuestión de ejercicio de derechos: puede disminuir o reforzar desigualdades de acuerdo a las formas y condiciones que adopten las políticas públicas (Pautassi, 2009).

En el caso de las PTC, Pautassi, Arcidiácono y Straschnoy (2014) insisten en que el hecho de atar la prestación asistencial a una condicionalidad basada en tareas de cuidado, como salud y educación, las configura, per se, como políticas con escasa potencialidad desfamiliarizadora. Por el contrario, para las autoras, las PTC refuerzan la noción de las mujeres como cuidadoras innatas, a la vez que fortalecen una lógica de estratificación y diferenciación: las mujeres pobres deben demostrar que están cumpliendo con las tareas de cuidado para ser merecedoras del socorro estatal.

Al respecto, Rodríguez Enríquez (2011) sugiere que, al estar destinadas, en su mayoría, a mujeres y condicionadas con mayor o menor rigidez al cumplimiento de prácticas de cuidado, las PTC en América Latina “coinciden en ubicar a las mujeres en un rol de género preciso: el de administradoras del beneficio, y principales responsables del cumplimiento de la contraprestación, que a su tiempo permita alcanzar los objetivos de los programas” (Rodríguez Enríquez, 2011, p. 18). En este sentido, sus aportes permiten analizar a las PTC desde una mirada de género en dos sentidos: por un lado, en relación a la carga simbólica que implica reforzar el rol aparentemente innato de las mujeres como cuidadoras, tal como alertaban Pautassi, Arcidiácono y Straschnoy (2014). Por otro, la autora plantea el interrogante en torno a las transformaciones en la intensidad en el uso del

tiempo en las organizaciones domésticas, principalmente, el tiempo de las mujeres. Al respecto, sostiene que:

El trabajo de las mujeres se incrementa cuando se transforman en beneficiarias del programa. Esto sucede porque son las encargadas de las gestiones para cobrarlo, y también porque son quienes deben asegurar la asistencia regular de sus hijos a la escuela y asistir a las revisiones y cuidados de la salud, para ellas y sus hijos. (Rodríguez Enríquez, 2011, p. 26)

Frente a la amplitud y diversidad de las PTC en los distintos países de América Latina, resulta interesante, entonces, recuperar la propuesta de la autora en torno a una serie de elementos e interrogantes que permitirían analizar con mayor complejidad la potencialidad estas políticas para disputar inequidades de género. Estos son: la titularidad del beneficio, la suficiencia/insuficiencia de la prestación, el grado punitivo que se le otorgue a las condicionalidades, los mecanismos adicionales orientados a la redistribución del trabajo reproductivo, así como aquellos destinados a la promoción de la participación de los/las titulares (Rodríguez Enríquez, 2011).

Otro aporte que el Enfoque de Derechos suma al análisis de las PTC se vincula a la tarea paternalista y/o maternalista que los efectores de salud asumen en su diseño. Pautassi, Arcidiácono y Straschnoy (2014) sostienen que, al condicionarse el acceso a la transferencia al cumplimiento de ciertas obligaciones de salud y/o educación, los/las profesionales que intervienen en certificarlas se erigen como una autoridad de control, legitimados/as para interceder, orientar, supervisar las dinámicas de reproducción y toma de decisiones de los/las titulares.

La centralidad de la tarea de los agentes sanitarios y educativos en la certificación de cumplimiento también es recuperada por Arcidiácono (2017), quien sostiene que estos, en base a sus propios preceptos morales sobre el merecimiento o no de la asistencia, pueden facilitar u obstaculizar el acceso a la transferencia. La autora afirma que, al constituirse en un elemento burocrático capaz de legitimar la prestación o su suspensión, la documentación certificada por estos/as profesionales alimenta el escrutinio público sobre quién tiene derecho y quién no, de manera similar a la función que tuvieron, históricamente, los informes sociales en el campo de la asistencia.

Al mismo tiempo, Pautassi, Arcidiácono y Straschnoy (2014) señalan que esta figura de control justifica y, en la misma medida, hace posible la existencia de las condicionalidades. Estas, a su vez, se sostienen en la prelación sobre la pobreza que se introdujo en párrafos anteriores y sedimenta la distinción entre sectores protegidos por su afiliación al mercado laboral formal y sectores protegidos por una asistencia disciplinar y residual². De esta forma, afirman:

² La distinción enunciada por las autoras entre la protección social vinculada al mercado laboral y la asistencia constituye un debate fundamental, también, en las discusiones propuestas desde el Enfoque de Derechos. En este trabajo no se desarrolla a profundidad en tanto se priorizan otros aportes que se consideran más pertinentes para el análisis de la PTC específica abordada, sin embargo, para complejizar la

La mirada de los operadores de las políticas asistenciales se refuerza y actualiza con las condicionalidades y a su vez la misma explica, en cierta medida, el diseño condicionado de la AUH. Las condicionalidades dejan entrever una perspectiva fuertemente discriminatoria al profundizar en las diferencias entre las políticas para niños y niñas, hijos de padres/madres con ocupación formal y las políticas para niños y niñas, hijos de desocupados o trabajadores informales, en tanto que las asignaciones familiares destinadas al sector formal y las deducciones impositivas (que supone una transferencia implícita) no plantean en sus componentes “por hijo” condicionalidades educativas ni de salud, mientras que la AUH sí lo hace. (Pautassi, Arcidiácono y Straschnoy, 2014, p. 71)

Un último aporte necesario de recuperar para el abordaje de esta tesis se vincula a la tensión propuesta por Pautassi, Arcidiácono y Straschnoy (2014) entre las valoraciones críticas, académicas y políticas, que se enuncian desde el Enfoque de Derechos en torno a las PTC y la percepción y vivencia en torno a las condicionalidades entre sus titulares. Las autoras plantean que, en oposición al cuestionamiento de esta forma de intervención estatal y sus limitaciones en materia de género, organización del cuidado, disciplinamiento y control desarrolladas anteriormente, diversos estudios recuperan las experiencias vitales de los sujetos y permiten identificar un desencuentro entre estas valoraciones y los malestares percibidos como tales por los/las titulares.

De esta forma, las autoras sostienen que, antes que una incomodidad frente a la condicionalidad per se, quienes perciben este tipo de transferencias explicitan disconformidades por las formas organizacionales e institucionales contempladas para su cumplimiento:

Son recurrentes las quejas de las madres sobre los diversos tipos de obstáculos en relación fundamentalmente con la obtención de turnos médicos y/o vacantes escolares. Es decir, las críticas de las receptoras no se concentran en la medida, sino sobre los déficits de calidad y de cobertura del sector salud y educación, aspecto que se complejiza en el caso argentino, ya que al ser un régimen federal los efectores de salud y educación presentan enormes disparidades jurisdiccionales. (Pautassi, Arcidiácono y Straschnoy, 2014, p. 71)

En acuerdo con este planteo, Garcés (2017) insiste en la necesidad de problematizar las PTC desde la resignificación, apropiación y modificación que las familias receptoras hacen de las tensiones condicionalidad-derecho, protección-control, mérito-igualdad, entre otras, a partir de su participación en una política social específica. Estas tensiones, entonces, resultan sumamente valiosas para el trabajo analítico de esta tesis, ya que permiten ampliar los interrogantes en torno a las vivencias en la experiencia de la condicionalidad y en las transformaciones que pueden tener lugar en las organizaciones familiares para su cumplimiento.

tensión entre regímenes contributivos y no contributivos, se sugiere revisar, entre otros, el trabajo de Arcidiácono, Gramallo, Pautassi y Straschnoy, 2015.

4. Estrategias de reproducción social

En la sección anterior se presentaron las nociones de política social y, específicamente, de políticas de transferencias condicionadas a partir de las cuales se desarrolló la investigación. En este apartado se espera recuperar la categoría de estrategias de reproducción social, en tanto esta constituye un insumo teórico clave para adentrarse en el espacio social familiar, una de las instituciones recuperadas por Martínez Franzoni (2007) para pensar el bienestar y, también, un escenario privilegiado para la resolución de necesidades del proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado.

Siguiendo los aportes de Aquín et al. (2014), las nociones de producción y reproducción social tienen su origen en la tradición marxista, para la cual las relaciones de producción determinan la manera en la que se desarrollan el conjunto de relaciones sociales en una sociedad capitalista. Autoras como Heller (1977) y Yamamoto (1992) desarrollaron con mayor precisión la categoría de reproducción de la vida cotidiana, lo que ha permitido en las ciencias sociales cuestionar el lugar secundario y/o subsidiario otorgado al ámbito cotidiano. Al respecto, Motta (2020) afirma que:

La crítica feminista al marxismo amplió el espectro analítico, al diferenciar conceptualmente los procesos de producción integrados en la esfera del mercado a través del trabajo y la reproducción social que se lleva a cabo en el hogar o en la esfera doméstica. Mientras que los procesos de producción elaboran materias primas para el mercado, la reproducción social se refiere a la reproducción biológica, la socialización y el cuidado de los seres humanos basados en la división sexual del trabajo dentro de la familia (Motta, 2020, p. 297)

A partir de estas lecturas, las categorías de reproducción social y de vida cotidiana se fugaron del campo de la espontaneidad e individualidad para ser construidas como un objeto de preocupación política y, también, de interés académico. Un aporte fundamental lo constituye el trabajo de Gutiérrez (2004) quien, retomando la teoría estructural constructivista de Bourdieu, propone una conceptualización específica de la categoría de estrategias de reproducción social. Las define como aquel conjunto de prácticas conscientes o inconscientes mediante las cuales los sujetos y sus unidades de organización doméstica intentan incrementar la cantidad y calidad de sus capitales y, en consecuencia, mejorar su posición dentro del espacio social.

Para la autora, estas estrategias no incluyen solamente a aquellos mecanismos construidos por las familias para la mera supervivencia, sino que, también, abre el campo hacia aquellas decisiones que los sujetos toman para provocar rupturas y transformaciones que permitan delinear cambios a mediano y largo plazo en las condiciones materiales de existencia. En este sentido, mirar las estrategias que llevan a cabo las personas implica asumir que estos/as no son meros/as reproductores/as de las estructuras macro sociales y económicas, sino que hay una dimensión activa y autónoma en su construcción, modificación y puesta en marcha. Cuando se habla de estrategias, entonces, la mirada se pone no sólo en torno a cómo los sujetos garantizan su supervivencia, sino también en qué

hacen para resolver necesidades de orden no material, de participación, de transformación social (Gutiérrez, 2004).

De acuerdo a Perona y Schiavoni (2018), la categoría de estrategias constituye una herramienta clave que permite articular, crear una “bisagra”, entre las condiciones estructurales y las singularidades de cada individuo. Afirman que este concepto sintetiza, por un lado, las restricciones que imponen para la acción la estructura macro social, el régimen de acumulación, el modo de organización política, y, por el otro, las características singulares de los individuos, el conjunto de normas y valores compartidos en el plano familiar y los sistemas de poder y de toma de decisión que rigen dentro de esas unidades.

Para el desarrollo de esta investigación, resultaron fundamentales los aportes de Aquín et al. (2014), quienes consideran que la categoría de estrategias de reproducción permite identificar las disputas de los distintos grupos sociales en torno a la construcción y transformación de sus propias condiciones de existencia. En base a los aportes de Gutiérrez (2007), las autoras afirman que:

“Hablamos de lo cotidiano para dar cuenta de la forma en que los sujetos –histórica y socialmente situados- organizan su entorno, viven y concretizan lo social de una manera particular. La categoría permite develar las formas singulares de los hechos sociales comunes –la salud, la economía, el trabajo, la desocupación, la muerte, la democracia-, que asumen una forma singular de ser vividos y transmitidos por los sujetos particulares.” (p. 41)

De esta forma, coinciden en que la reproducción de la vida cotidiana no constituye un proceso homogéneo ni igualitario, sino que, por el contrario, es conflictivo y particular. Asimismo, las estrategias de reproducción social constituyen entre sí un sistema interrelacionado, por lo que cualquier modificación en los modos de resolución de las necesidades cotidianas implica un cambio en el resto de las estrategias que componen el sistema de acción. Las autoras proponen conceptualizar esta interrelación mediante la conjunción de cinco esferas o dimensiones que configuran, finalmente, las condiciones de existencia (Aquín et al, 2014).

En primer lugar, la esfera de servicios y consumos: se plantea en términos de accesibilidad a la esfera del mercado. Las autoras entienden que esta accesibilidad no implica sólo una función de soporte material en la resolución de necesidades, sino que también adquiere un valor simbólico en la reproducción cotidiana (Aquín et al., 2014).

Para comprender con mayor profundidad la categoría de consumo, son relevantes los aportes de García Canclini (1999). El autor lo define como una práctica sociocultural a través de la cual se realiza la apropiación y el uso de los productos. El autor afirma que, en las sociedades capitalistas, rigen leyes socioculturales que median el acceso a bienes y a prácticas de consumo, que permiten diferenciar grupos sociales en base a las disponibilidades de bienes materiales y, además, crear discursos morales sobre las bondades o inconveniencias de ciertas prácticas de consumo, de acuerdo a la clase social. En tanto práctica política, social y cultural, el consumo es un eje de construcción de

identidades, que posibilita crear sentidos de pertenencia a determinados grupos y sectores sociales y diferentes modos de ejercitar la ciudadanía (García Canclini, 1999).

Hornes (2014) afirma que el uso del dinero proveniente de transferencias condicionadas, tiene un anclaje particular en dimensiones sociales y morales. El origen estatal del recurso, para el autor, subvierte o, al menos, modifica los significados del uso del dinero ordinario o rutinario al interior de las familias. Propone un análisis vinculado al uso sexuado de la moneda, donde se entrecruzan sentidos morales y construcciones sociales de género que operan naturalizando mandatos de género, sobre todo, vinculado a tareas de cuidado.

En segundo lugar, la dimensión vinculada al mundo del trabajo. En este caso, Aquín et al. (2014) la plantean como conjunción de dos dimensiones, a saber: por un lado, como el conjunto de formas, condiciones y características de los procesos de realización de las capacidades productoras y reproductoras de ingresos del sector de la población que, al no contar con recursos de capital, depende exclusivamente de su mano de obra. Por otro lado, el conjunto de tareas de cuidado intra y extrahogareño, no remunerado, que garantizan el sostenimiento de la vida.

El trabajo como dispositivo generador de ingresos ha sido definido por Grassi y Danani (2009). Lo entienden como el conjunto de modalidades y condiciones en las que se hace posible la realización de las capacidades generadoras de ingresos de aquella población que depende del movimiento del capital en tanto sólo dispone de su fuerza productiva para ofrecer en el mercado.

A esta definición se propone incorporar, también, la conceptualización de Carrasco, Borderías y Torns (2011) de trabajo extrahogareño, como aquel conjunto de tareas comunitarias que son necesarias para el crecimiento de las personas y el sostenimiento de la vida. Si bien estas formas de trabajo no responden a la lógica de acumulación capitalista y de generación de plusvalía características del mercado laboral, sino que se vinculan a procesos organizativos y prácticas tendientes a la solidaridad comunitaria, sí constituyen un dispositivo generador de ingresos monetarios en sectores vinculados a la organización social de la pobreza. Como ejemplos, se puede mencionar el trabajo llevado a cabo por organizaciones no gubernamentales en distintos territorios, financiados o cofinanciados con programas nacionales o provinciales, a saber: Salario Social Complementario, Hacemos Futuro, Proyectos Productivos Comunitarios, Banco de la Gente, entre otros.

En tercer lugar, la dimensión vinculada al uso del tiempo libre. Aquín et al. (2014) las autoras lo definen en contraposición con la categoría anterior, conceptualizándolo como aquel que se dispone por fuera de la generación de ingresos y por fuera del trabajo familiar, ya sea doméstico, relacional o de consumo, y que puede ser destinado al ocio, la formación y/o la recreación.

En cuarto lugar, una dimensión vinculada al capital social y capital cultural. Retomando los aportes de Gutiérrez (2004 y 2007), Aquín et al (2014) definen al capital social como aquellos recursos relacionales que las unidades domésticas pueden movilizar en un momento determinado, que pueden permitirles resolver necesidades de reproducción

y/o aumentar el rendimiento del resto de sus capitales, económicos y culturales principalmente.

El capital cultural, en estrecha vinculación con el anterior, se define como el conjunto de recursos que permite a los sujetos adquirir, poner en marcha y acumular mecanismos y destrezas que faciliten la resolución de problemas cotidianos. Esta definición incluye, dentro del capital cultural, no sólo aquellas habilidades adquiridas y reconocidas por el sistema educativo formal, sino también la trayectoria de aprendizajes acumulados en la totalidad del espacio social (Aquín et al, 2014).

Por último, proponen una definición vinculada a la participación. La definen como el conjunto organizado de acciones tendientes a aumentar el control sobre recursos y decisiones, con el objetivo de mejorar el nivel de injerencia en el medio social. Distinguen entre participación social, aquella que tiene como horizonte el espacio público-societal, donde se abordan problemas comunes que tienen origen en la reproducción cotidiana de la existencia, y participación ciudadana, como aquella que tiene como horizonte el espacio público- estatal, orientada a poner en agenda la disputa por la resolución de problemas mediante la constitución de políticas públicas (Aquín et al, 2014).

Una vez definidos los aportes teóricos desde donde se trabajará las categorías de condiciones de existencia y estrategias de reproducción social, se torna pertinente recuperar otro concepto proveniente del pensamiento estructural constructivista de Bourdieu que permitirá complejizar y profundizar la tarea analítica. La noción de trayectoria (Bourdieu, 1977, citado en Lera et al., 2007) refiere a una serie de posiciones ocupadas por el sujeto, tanto en calidad de agente individual como de un grupo, en un espacio social que se encuentra en constante movimiento y transformación. Este concepto permite comprender la vida de los sujetos, en este caso de las unidades domésticas, en clave de posiciones objetivas transitadas, con estructuras y volúmenes de capitales posibles de ser transformados, en el marco de procesos estructurales, sociales y culturales donde se configuran las condiciones de vida (Lera et al., 2007).

Esta noción constituye un insumo valioso para el estudio en tanto habilita a reconocer y analizar las disposiciones y prácticas que configuran los modos de existencia de las unidades domésticas no cómo posiciones estáticas, sino como parte de una historia de vida. En su configuración, se ponen en juego tanto las divisiones sociales y estructurales donde las estrategias de reproducción tienen lugar, como las construcciones propias de cada actor. Esto habilita a pensar las trayectorias de vida a partir de sus posibilidades de cambio y transformación en base a la historia propia y la disponibilidad de distintos tipos de capitales (Lera et al., 2007).

Finalmente, las autoras sostienen que “existen momentos “clave” o “nudos” en la vida de los sujetos, momentos de “transición” o “paso”, que ameritan una observación rigurosa para entender aquellos aspectos que resultan relevantes en el proceso de producción y reproducción social” (Lera et al., 2007, p. 38). De esta forma, en este estudio se comprende al fenómeno de salud específico como un punto clave o nudo dentro de las unidades domésticas que puede habilitar períodos de cambio o inflexión en la trayectoria familiar y sus estrategias de reproducción.

5. La familia como organización formal: nociones sobre unidad doméstica

Una vez definida la categoría de estrategias de reproducción, se torna necesario delimitar cuál será el espacio social dentro del cual se espera identificarlas. En ese sentido, se propone adentrarse al espacio familiar a partir de los aportes teóricos de Jelin (1984, 1995 y 2017). En coherencia con lo desarrollado en el apartado anterior, la autora coincide en el escaso lugar que tuvieron en las ciencias sociales los procesos de reproducción familiar y la vida cotidiana. Al respecto, sostiene que:

En tanto se realiza en el ámbito privado de la familia y el hogar, la importancia social de la tarea doméstica parece estar centrada en su valor como expresión del amor y la devoción de las mujeres y no como actividad material socialmente necesaria. Las situaciones de crisis en la materialización de ese trabajo “invisible”, en parte producto del cuestionamiento de las mujeres de la “naturalidad” de su responsabilidad por el mismo, convirtieron al tema del mantenimiento cotidiano de la fuerza de trabajo y de los que no trabajan en una cuestión social y política relevante. En las ciencias sociales el tema se convirtió en objeto de reflexión y análisis (Jelin, 1984, p. 124).

En este sentido, la autora define su trabajo como un esfuerzo por privilegiar y reconocer las actividades de mantenimiento y reproducción domésticas y propone conceptualizar la organización doméstica en base a sus actividades y tareas concretas. Afirma que la familia es una institución social, basada en necesidades humanas que son universales: la sexualidad, la reproducción y la subsistencia cotidiana (Jelin, 2017). De esta forma, la define como una organización formal, lo que “no supone olvidar los lazos afectivos y las representaciones ideológicas y culturales que enmarcan y dan sentido a la organización doméstica, sino más bien anclar los afectos y las representaciones en los aspectos materiales de la vida cotidiana” (Jelin, 1984, p. 125). Entender el espacio familiar como una organización permite centrar el análisis en los vínculos, las tareas de cuidado mutuo, los intereses que se ponen en juego en su interior, así como también las dinámicas de conflicto y violencias (Jelin, 2017)

A lo largo de esta investigación, entonces, se entendió a las unidades domésticas como las unidades organizativas definidas por actividades comunes ligadas al mantenimiento cotidiano, dentro de las cuales los miembros combinan sus recursos y esfuerzos para llevar a cabo tareas de producción, distribución y consumo (Jelin, 1984). Se partió de este concepto para comprender que, en el mundo occidental y moderno, la organización familiar estructura la vida cotidiana, los lugares generacionales que cada individuo ocupa y las posibilidades de seguir viviendo y reproduciéndonos (Jelin, 2017).

Los aportes de esta autora permitieron asumir que, si bien los lazos familiares son los que componen mayoritariamente las unidades domésticas, el grado de coincidencia entre la conformación del parentesco y la unidad doméstica varía tanto como varía la categoría misma de familia y otras estrategias de supervivencia y organización (Jelin, 1995). De esta forma, más que un modelo de familia, la categoría de unidad doméstica

permitió reconocer una multiplicidad de formas de familia y de convivencia, donde la domesticidad, la autoridad y los procesos de individuación se construyen, disputan y expresan de distintas maneras (Jelin, 1995).

En esta línea teórica, Arriagada (2001) propone como criterio para agrupar y clasificar a las unidades domésticas a su composición. Identifica unidades domésticas compuestas por familias nucleares (aquellas formadas por dos generaciones, con roles estrictamente definidos entre madre, padre e hijos/as); extensas o extendidas (aquellas que incorporan más de dos generaciones, dentro de las cuales se puede identificar roles de madre y/o padre, hijos/as y otros/as parientes); monoparentales (aquellas formadas por dos generaciones, con una sola persona cumpliendo rol de padre/madre e hijos/as), ensambladas (aquellas compuestas por dos generaciones, con una pareja adulta e hijos/as previos a la conformación de la unidad doméstica); unipersonales (aquellas constituidas por una sola persona); sin núcleo (aquellas donde no existe un núcleo conyugal o una relación padre/madre-hijo/hija, aunque puede haber otras relaciones de parentesco).

Por último, desde esta corriente teórica se propone otro criterio que permite identificar distintos tipos de unidades domésticas, vinculado a su grado de mercantilización y los dispositivos de ingresos que hacen posible la reproducción. Jelin (1986) define tres modelos de unidades domésticas en base a este criterio: obreras, aquellas que disponen de ingresos provenientes del trabajo asalariado de sus miembros; empresa familiar, aquellas en las que no se puede diferenciar con claridad el espacio de producción del de reproducción y, finalmente, la organización social de la pobreza, identificada como aquellas unidades domésticas que no están insertas en el mercado laboral formal y dependen para su reproducción de transferencias estatales y/o formas alternativas de empleo.

Profundizando en este tipo de unidades domésticas, Mario, Rosa y García (2014) ofrecen la categoría de práctica de aprovisionamiento, como el conjunto de desempeños que, en contextos de pobreza, se llevan cabo para garantizar la supervivencia. Esta categoría permite aunar y leer en conjunto la utilización y distribución de recursos mercantiles, estatales, comunitarios, monetarios y no monetarios para la resolución de necesidades.

CAPÍTULO N° 2

MARCO NORMATIVO

A lo largo de este capítulo se presenta el encuadre normativo en el que se enmarca la PTC abordada en esta tesis. Inicialmente, se ofrece una breve revisión de antecedentes de protección para tuberculosis en Córdoba, con la intención de reconstruir el proceso de discusión e institucionalización de la Ley Provincial N° 9185/04. Luego, se desarrolla esta ley y su contenido, utilizando como guía para su presentación la categoría de capacidad de protección³ y retomando, fundamentalmente, los aportes de Vera (2019)⁴.

1. Punto de partida: antecedentes de protección para tuberculosis en la Provincia de Córdoba

La tuberculosis constituye un campo de intervención en la política sanitaria de la Provincia de Córdoba desde la década del '30. Vera (2019) afirma que, en esa fecha, se destinaron por primera vez fondos estatales para su abordaje específico, mediante la construcción, en la capital cordobesa, de los hospitales Nuestra Señora de la Misericordia y Tránsito Cáceres de Allende y, en el interior de la provincia, el Hospital Santa María de Punilla. El objetivo de estas instituciones estuvo centrado en el aislamiento de las personas con tuberculosis del resto de la comunidad, más en un intento de cortar la cadena de transmisión que de proteger a las personas que atravesaban la enfermedad.

El modelo de atención de la tuberculosis que imperó en estos primeros años fue el médico hegemónico, en tanto se basaba en una intervención puramente médica y de control, donde “la persona enferma no era partícipe activa de su tratamiento, siendo depositaria de todo tipo de indicaciones” (Vera, 2019, p. 272). Esta forma de abordaje se complementaba con una práctica asistencial que, de acuerdo a los aportes de Golbert (2008), se puede caracterizar como caritativa, en tanto, en primer lugar, constituía una tarea

³ La noción de *capacidad de protección* constituye una categoría de análisis propuesta por Danani y Hintze (2011) para el abordaje del sistema de seguridad social, donde se entrecruzan, al menos, la definición institucional de las políticas sociales, sus garantías de protección y los contenidos político-culturales que intervienen en su implementación. Las autoras la definen como “el alcance cuanti y cualitativo de la satisfacción de necesidades que adquieren las prestaciones y servicios que se definen en el interior de un cierto sector de políticas” (p. 13).

⁴ Sus aportes constituyen un insumo fundamental en tanto el trabajo que aquí se cita da cuenta de su ejercicio profesional en el Servicio Social Central del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba y la Comisión Sanitaria de Control de Tuberculosis de la Provincia de Córdoba, instancia primordial en la gestión y autorización de la PTC-Tuberculosis.

asumida por organismos privados, entre los que destaca la Sociedad de Beneficencia y la Liga Argentina contra la Tuberculosis (Vera, 2019 y Oliva, 2006) y, en segundo lugar, se llevaba a cabo con fondos estatales pero administrados con autonomía por estos organismos, con un escaso desarrollo institucional y/o burocrático, con una propuesta de intervención “caso por caso” y con las nociones de merecimiento y disciplina como criterios centrales para la asignación de recursos.

Los aportes de Oliva (2006), permiten comprender que este modelo de asistencia era coherente con la corriente higienista que prevalecía en el país en la época. Al respecto, recupera a Aráoz (1918), para afirmar que, a partir de 1910 proliferaron a lo largo del país centros de atención para enfermos de tuberculosis, que tenían como objetivo “investigar los tuberculosos, tratarlos médica e higiénicamente, “educarlos”, así como a sus familias, mediante los consejos verbales y escritos y las visitas domiciliarias reiteradas de inspectores competentes y celosos” (Aráoz, 1918, p. 5, citado en Oliva, 2006, p. 80).

Con el fortalecimiento del Sistema de Seguridad Social a partir de la década del '50, los avances de los esquemas de tratamiento en la década del '60 y la creación en el año 1974 del Sistema Nacional Integrado de Salud se completó el proceso de estatización del abordaje de la tuberculosis y su incorporación en instituciones sanitarias generales (Vera, 2019).

Desde fines de la década del '90 se desarrollaron en las instituciones sanitarias de la provincia distintas experiencias, motivadas por los equipos hospitalarios, para ofrecer protección socioeconómica a las personas que atravesaban un tratamiento por tuberculosis. Para conocer este proceso de institucionalización, se recuperará la experiencia de una de las trabajadoras del Servicio Social del Hospital Rawson, Lic. M. A. Navarro.⁵

En base a su testimonio, se puede identificar al año 1997 como un momento clave, en tanto desde el Ministerio de Salud de Nación se instó a las provincias a garantizar la atención para tuberculosis en todos los hospitales generales y a conformar equipos interdisciplinarios para su abordaje:

“Hasta el momento, el Hospital Tránsito Cáceres de Allende era el referente de la provincia para tuberculosis. Acá [en el Hospital Rawson] había un pabellón de pacientes con Tuberculosis, había un médico (...) pero cuando llegó el primer caso ese año no me acordaba nada, me tuve que poner a leer, a ver cómo era, yo lo había realizado durante mi residencia. El Hospital Rawson, dentro de infectología, tuvo que empezar a dar respuesta interdisciplinaria y hasta ese momento el Dr. Pellegrini era el único que atendía esa patología.” (M. A. Navarro, comunicación personal, Julio 2018).

⁵ Se recuperará información recolectada en entrevista personal, realizada por la investigadora de esta tesis en el marco de la Residencia de Trabajo Social y Salud, Hospital Rawson, Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba y presentada en la Jornada Actualidad de la Tuberculosis en el Hospital Rawson [Ateneo Central], junio 2019. La entrevistada accedió a dar su nombre a la hora de citar su testimonio.

De esta forma, en el año 2002 se creó el Comité Hospitalario de Prevención y Control de la Tuberculosis, espacio conformado por distintas disciplinas (medicina, trabajo social, enfermería, y nutrición) desde donde se impulsaron discusiones en torno a las modalidades de registro y estadística de casos, los protocolos de bioseguridad y la pertinencia de incorporar recursos asistenciales en la implementación de tratamientos. Al respecto, M. A. comenta que:

“Cuando empezamos a analizar los datos, nos dimos cuenta que había que ayudar económicamente con algo, con dinero, con alimento, ya que las personas debían cumplir un tratamiento tomando medicación en forma diaria y debían consumir alimentos necesarios para sostenerlo y muchos de ellos no contaban con ingresos económicos o eran familias numerosas donde se priorizaba la alimentación de los menores.

Entonces Josefa, que trabajaba en el Servicio Central del Ministerio de Salud, le cuenta a la Directora de Epidemiología del Ministerio de Salud de algunas situaciones de vulnerabilidad alimentaria de pacientes en tratamiento, a lo que la doctora me dice ‘che tengo unas cajas de leche, te las voy a mandar’. Y yo le dije que bueno, pero después nos dimos cuenta que había que formalizarlo más, así que le hicimos un pedido con la cantidad de pacientes y nos empezó a mandar rigurosamente de acuerdo a la cantidad de pacientes” (M. A. Navarro, comunicación personal, Julio 2018).

De acuerdo a su testimonio se puede comprender cómo, en articulación con el Servicio Social Central y la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, se desarrollaron diversas estrategias de asistencia. Estas se orientaron, principalmente, a la cobertura alimentaria, y, a medida que fueron ganando institucionalidad, se constituyeron antecedentes fundamentales para la discusión de la ley en cuestión.

En base a los aportes de Vera (2019), dos elementos contextuales en estos años sustentaron la necesidad de instalar a nivel provincial un régimen de protección específico. Por un lado, la autora le otorga gran importancia al proceso de descentralización del sistema sanitario hacia las provincias impulsado por nación y, por otro, recupera como elemento central la crisis económica que profundizó el nivel de desempleo y pobreza en el país a inicios de la década del 2000.

De esta forma, en el año 2004 se sancionó la Ley Provincial N° 9185/04, que crea un “régimen de protección socioeconómica del paciente afectado por tuberculosis” (Art. N° 1). Este régimen que fue producto de múltiples negociaciones entre los equipos hospitalarios y las instancias de administración provincial, con una gran participación de las trabajadoras sociales que conformaron los primeros espacios de discusión, antecesores de la actual Comisión Sanitaria de Tuberculosis de la Provincia (M. A. Navarro, comunicación personal, Julio 2018).

2. El Régimen de Protección Socioeconómica del paciente afectado por Tuberculosis: Ley Provincial N° 9185/04.

Sancionada en el año 2004, la Ley Provincial N° 9185/04 creó un régimen para garantizar la protección socioeconómica para aquellas personas diagnosticadas con tuberculosis pulmonar con baciloscopía positiva dentro del territorio de la provincia de Córdoba, Argentina. A lo largo del documento, para referenciar este régimen se lo nombrará como PTC-Tuberculosis.

Para la presentación del texto de ley en este trabajo de tesis, resultaron valiosos los aportes de Danani y Hintze (2011), quienes proponen la categoría de capacidad de protección en el análisis de políticas sociales específicas. Con este concepto, las autoras hacen referencia al “alcance cuanti y cualitativo de la satisfacción de necesidades que adquieren las prestaciones y servicios que se definen en el interior de un cierto sector de políticas” (p. 13). En este apartado, se presentarán los principales elementos que le dan forma a la política social seleccionada a la luz de esta categoría, entendiendo que dentro de la noción de capacidad de protección se entrecruzan la definición institucional y las garantías de acceso con los contenidos políticos culturales que se ponen en juego en su implementación. (Danani y Hintze 2011)

En este sentido, el primer punto relevante es la delimitación de la prestación, establecida en el Art. n° 2. Allí se propone una transferencia económica para “todo aquel paciente detectado e incorporado al Programa Provincial de Control de la Tuberculosis en la Provincia de Córdoba en forma de subsidio de dinero, durante el período de su imposibilidad laboral o de la duración de su tratamiento” (Ley N° 9185/04, p. 1). La transitoriedad de la protección ofrecida constituye un elemento clave, en tanto permite identificar que la asistencia en esta política social se configura como un mecanismo secundario, subsidiario, frente a un estado que se entiende como excepcional: el retiro de las personas del mercado laboral asalariado.

Esta forma de concebir la asistencia no es novedosa, sino que se sustenta en la trayectoria histórica de las políticas de promoción y asistencia social en el país. Britos (2003) afirma que, en el diseño híbrido que caracterizó la protección social argentina, la división entre trabajadores y pobres como sujetos diferenciados de intervención estatal constituyó un elemento fundante. Con mayor o menor institucionalidad y disponibilidad de recursos, la asistencia se erigió como la contracara del trabajo asalariado, como su forma residual.

Danani (2013) sostiene que esta distinción entre trabajo y pobreza en el diseño de políticas sociales se mantiene a pesar de que, a partir de la hegemonía neoliberal que caracterizó la década del 90, se instaló un régimen de precariedad, donde el desempleo y el subempleo constituyen la norma más que la anomalía y, por lo tanto, la imposibilidad resolver el bienestar a través del trabajo asalariado está “inscripta en sus mismísimas bases de existencia y sociabilidad” (p. 147). La continuidad de este carácter subsidiario, residual y transitorio de la asistencia se puede identificar, claramente, en el articulado de la PTC-

Tuberculosis, a pesar del cambio de modelo de Estado que operó a inicios de siglo en el país.

Por otro lado, los criterios de acceso a la transferencia, el diagnóstico de tuberculosis pulmonar con baciloscopía positiva (Art. N° 1), la falta de protección del Sistema de Seguridad Social (Art. n° 2) y la imposibilidad laboral certificada con indicaciones médicas (Art. N° 6), la configuran como una política de asistencia doblemente focalizada. Esto puede afirmarse en tanto los criterios de acceso delimitan a la población objetivo no sólo mediante sectorizaciones económicas, sino también, de salud.

En primer lugar, rige el criterio de protección a sectores desplazados, temporalmente, del mercado laboral y que no se encuentren cubiertos por prestaciones provenientes del Sistema de Seguridad Social. Como segundo criterio, la protección alcanza a quienes tienen un tipo de tuberculosis, pulmonar, y dentro de este grupo, a quienes tienen baciloscopía positiva, es decir, quienes pueden contagiar a otros/as. De esta manera, las personas afectadas por un diagnóstico diferente dentro del espectro de tuberculosis, quedan excluidas.

Resulta interesante identificar, también, cómo estos criterios se ven reflejados en el diseño organizacional. En la misma ley, en el art. n° 11 se crea una Comisión Sanitaria, dentro del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, encargada de su gestión, conformada, por las dos disciplinas legitimadas para certificar enfermedad y pobreza, respectivamente: medicina y trabajo social.

La condicionalidad establecida para el acceso a la transferencia constituye otro elemento clave en su capacidad de protección. En el art. n° 10 se establece que los/as titulares de esta transferencia se encuentran obligados/as a cumplir con los exámenes, tratamientos y otras condiciones establecidas por el Programa Provincial de Control de la Tuberculosis, con riesgo de perder el recurso en caso de no cumplimentar estas exigencias. Al respecto, Vera (2019) sostiene que:

El requisito para acceder a tal beneficio es que la persona realice el Tratamiento Directamente Observado (T.D.O); esta estrategia fue declarada por la OMS en 1993 como la más eficaz para la lucha contra la tuberculosis. La persona en tratamiento debe presentar mensualmente en el Área de Tesorería del Ministerio de Salud la copia de la Planilla de Tratamiento realizado. (p. 276)

El mecanismo consiste en que los sujetos se derivan desde hospitales de segundo o tercer nivel de complejidad hacia centros de salud comunitarios, donde deben asistir de forma diaria a tomar su medicación. Mensualmente, el equipo territorial certifica la supervisión y, con ese insumo, se accede al cobro (Vera, 2019).

En base a estos elementos se puede caracterizar, entonces, a la PTC-Tuberculosis como una política de asistencia focalizada y condicionada, que se erige como un mecanismo de resolución de necesidades transitorio y excepcional y se sustenta en prácticas de supervisión y control sanitario.

CAPÍTULO N° 3

CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

En el capítulo a continuación se da cuenta de las decisiones metodológicas que guiaron la elaboración de esta investigación. Inicialmente, se recupera el objeto de estudio y el tipo de investigación que se propone para su abordaje. Luego, se ofrece una descripción del trabajo de campo y, por último, se desarrolla la estrategia de análisis de la información empleada.

1. Objeto de estudio y tipo de investigación

La investigación se desarrolló en el marco de la Tesis de Maestría para optar por el título de Magíster en Ciencias Sociales con mención en Políticas Sociales. Se delimitó el objeto de estudio en torno a *las rupturas y continuidades en las estrategias de reproducción social de las unidades domésticas de los sujetos diagnosticados con tuberculosis en el Hospital Rawson, Córdoba, a partir del acceso a una Política de Transferencia Condicionada -Régimen de Protección Socioeconómica del paciente afectado por Tuberculosis (PTC-Tuberculosis)- durante los años 2016-2019.*

Para abordarlo, se realizó una investigación de tipo exploratoria, interpretativa-comprendensiva, enmarcada en una metodología de tipo cualitativa, en tanto se buscó comprender las formas en que el fenómeno es experimentado, comprendido e interpretado por los/las agentes sociales en su contexto de ocurrencia (Vasilachis de Gialdino, 2006). De esta forma, se recuperaron las percepciones de los sujetos titulares de la PTC-Tuberculosis, en torno a las modificaciones y continuidades ocurridas en sus estrategias de reproducción familiar.

2. Recorte temporal, espacial y poblacional

El recorte temporal y espacial se estableció en base a la inserción laboral de la tesista, quien se desempeñó como residente de Trabajo Social y Salud en la División de Trabajo Social durante los años 2017-2020 en el Hospital Rawson. La delimitación del problema de investigación dentro del período 2016-2019 se decidió en tanto desde el año 2016 en la División se utiliza un instrumento único de valoración profesional para las incorporaciones de los sujetos al Programa disciplinar de abordaje de la tuberculosis.

Si bien este instrumento fue elaborado por el Servicio Social Central del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba y se implementa en todas las instituciones de salud provinciales, específicamente en el Hospital Rawson permitió, desde el 2016 en adelante,

organizar y sistematizar los registros de las intervenciones profesionales. Como se explicitará a lo largo de este apartado, estos registros constituyeron insumos claves para la recolección de datos y la construcción de la muestra. De esa forma, entonces, se incluyeron en el estudio los años completos desde el 2016 hasta el año de finalización de la recolección de datos, es decir, 2019.

En relación a la selección de la población, se utilizó un muestreo teórico (Glasser y Strauss, 1967). En este sentido, se eligió a informantes claves priorizando su pertinencia en el abordaje del fenómeno, en la elaboración de categorías conceptuales y sus relaciones, antes que la representatividad numérica. De este modo, se entrevistó a siete titulares de la PTC-Tuberculosis que asistieron al Hospital Rawson durante la totalidad de sus tratamientos en el período seleccionado. Los criterios de selección de los informantes se detallan en el próximo apartado. La saturación teórica fue el motivo central para cerrar el muestreo (Raymond, E. 2005).

3. Trabajo de campo

La inserción en el campo se llevó a cabo mediada por el proceso de formación de la investigadora, en el marco de la Residencia de Trabajo Social y Salud. Esto permitió, no sólo reconocer los interrogantes que motivaron la elaboración de esta tesis, sino también, acceder a fuentes de información sumamente valiosas.

El acercamiento al campo se inició durante el mes de marzo de 2019, cuando se puso en marcha la primera estrategia de recolección de datos, y se finalizó en diciembre del mismo año. En una primera instancia, se recuperó la información de los registros de ingreso al Programa disciplinar de abordaje de la tuberculosis de la División de Servicio Social del Hospital Rawson. Este trabajo inicial fue cuantitativo y permitió construir un marco contextual e identificar el estado de situación de la temática abordada en las unidades domésticas.

En este primer momento no se trabajó con una muestra, sino con el total de la población incorporada al programa durante el período seleccionado. De esta forma, se recuperaron los datos recolectados por agentes de la División de Trabajo Social del Hospital Rawson, durante el período 2016-2019, en las instancias de incorporación de los sujetos al Programa disciplinar de abordaje de la tuberculosis.

El instrumento utilizado por las profesionales en esta instancia estaba organizado en los siguientes ejes: a) datos personales, b) situación laboral, c) tipo de familia, d) condición socioeconómica, e) vivienda y hábitat, f) alimentación, g) situación de salud. Para su análisis, se elaboró una matriz y se utilizaron herramientas de estadística descriptiva.

El trabajo sobre estos registros permitió avanzar en el objetivo n° 1 de esta tesis y describir las características socioeconómicas de las unidades domésticas de los sujetos diagnosticados con tuberculosis en el Hospital Rawson, Córdoba, durante el período 2016-2019. Este ejercicio permitió mapear un estado de situación, conocer el escenario familiar y

socioeconómico en el que se desarrollan las estrategias de reproducción y, por consiguiente, sus rupturas y continuidades. Constituyó un insumo valioso para acompañar y fortalecer, luego, el abordaje cualitativo, el cual reviste carácter primordial para este trabajo.

En segundo lugar, se realizaron entrevistas en profundidad a los sujetos titulares de la PTC-Tuberculosis para la recolección de datos. En el mes de julio del 2019 se inició la selección muestral. Para la elección de informantes fueron fundamentales las recomendaciones de los/las profesionales del Equipo interdisciplinario de Tuberculosis del Hospital Rawson, en tanto permitieron identificar informantes claves y habilitaron las redes de contacto con los sujetos. En la selección, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- Se eligió a personas que, particularmente, hubieran transitado por el programa de tuberculosis durante al menos seis meses. Esto, en tanto se priorizó que la experiencia de las personas, tanto con el tratamiento como con la política social, fuera lo suficientemente extensa como para constituirse en informantes claves respecto a las posibles transformaciones ocurridas en las estrategias familiares de reproducción social.
- Se convocó a personas que recibieron el diagnóstico de tuberculosis en el Hospital Rawson e iniciaron el tratamiento y la gestión de la PTC-Tuberculosis en la misma institución.
- Se priorizó diversificar en cuanto a la edad, género y lugar de proveniencia de los/as entrevistados/as.
- Se descartó convocar a personas privadas de su libertad y/o internadas en instituciones de salud al momento de las entrevistas, en tanto esto complejizaba la posibilidad de un encuentro personal.

En total, a lo largo del año 2019, se realizaron siete entrevistas en profundidad en el Hospital Rawson a sujetos titulares de la PTC-Tuberculosis durante el período 2016-2019. Para definir el concepto de entrevista en profundidad resultaron pertinentes los aportes de Marradi, Archenti y Piovani (2007), quienes la conceptualizan como un proceso comunicativo orientado a obtener información contenida en la biografía del entrevistado, es decir, “aquella referida al conjunto de representaciones asociadas a acontecimientos vividos por él” (p. 2018). A partir del análisis de estas entrevistas se elaboraron los capítulos 5 y 6 de esta tesis.

Para la recolección de datos, se retomaron los aspectos incluidos por Aquín et al (2014) dentro de la categoría de estrategias de reproducción familiar, es decir, se indagó en torno a necesidades vinculadas al mundo del trabajo, consumos y servicios, uso del tiempo libre y capitales sociales y culturales. Se exceptuó el aspecto de participación ciudadana, en tanto se asumió que esta dimensión no se vería afectada de manera tan clara por una política sectorial, de cobertura mucho menor que la Asignación Universal por Hijo, campo de investigación de las autoras.

En cambio, se incorporó una dimensión de indagación específicamente vinculada al campo de la política social central en esta investigación. Se recuperaron aquí las vivencias de los sujetos en torno a la tuberculosis, su atención y cuidado. Con estas consideraciones, los ejes temáticos abordados en el guion de entrevista se presentan en la tabla N°1.

Tabla 1: Ejes temáticos del guion de entrevista en profundidad⁶

| Informantes | Ejes temáticos del guion de entrevista |
|--|--|
| Sujetos titulares de la PTC-Tuberculosis 2016-2019 | <ul style="list-style-type: none"> • Información personal (edad, lugar de residencia, grupo conviviente) • Conformación de la unidad doméstica • Momento del diagnóstico: saberes previos sobre tuberculosis, experiencia de atención hospitalaria, acompañantes y cuidadores durante el proceso. • Cuidado intradoméstico y división de responsabilidades antes del diagnóstico y durante el tratamiento y percepción de la PTC. • Inserción laboral de los miembros de la unidad doméstica antes del diagnóstico y durante el tratamiento y percepción de la PTC. • Actividades y momentos de recreación de los miembros de la unidad doméstica antes del diagnóstico y durante el tratamiento y percepción de la PTC. • Ingresos y toma de decisiones en torno a consumos en la unidad doméstica antes del diagnóstico y durante el tratamiento y percepción de la PTC. • PTC-Tuberculosis: Saberes previos, información brindada y solicitada, requisitos, proceso de gestión. • Experiencia en torno a la condicionalidad: elección de la institución para el TDO (tratamiento directamente observado). Instrumento de registro del TDO. Profesionales participantes. Participación familiar en el TDO y organización de la rutina. Inconvenientes o conflictos surgidos en el proceso de TDO. Acceso al primer cobro. |

⁶ Elaboración propia a partir del instrumento de entrevista.

Al momento de iniciar la entrevista, se propuso a cada informante un consentimiento informado. Mediante esta herramienta se dejó constancia de la voluntariedad en la participación, las formas autorizadas de registro, los objetivos de la investigación y los datos de contacto de la investigadora por cualquier interrogante a futuro.⁷ Las entrevistas, en su totalidad, se llevaron a cabo en el Hospital Rawson.

4. Análisis de la información

Las entrevistas en profundidad realizadas a los sujetos elegidos como informantes claves permitieron un acercamiento fecundo al objeto de investigación relevante para este estudio. Para el análisis de la información obtenida, se utilizó el método de comparación constante (Glasser y Strauss, 1967). En este sentido, se buscaron similitudes y diferencias para establecer regularidades en los datos y generar nuevas categorías teóricas.

Las categorías iniciales para el análisis fueron:

- proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado
- servicios y consumos
- mundo del trabajo
- uso del tiempo libre
- capitales cultural y social

A partir de estas categorías, se llevó a cabo un proceso de comparación, integración y delimitación que exigió reconocer subcategorías. A partir del ejercicio de recolección y análisis de la información, estas subcategorías surgieron como aspectos que, englobados en categorías iniciales, permitieron comprender el objeto de estudio de manera más acabada. De esta forma, las subcategorías propuestas fueron:

- prácticas de consumo y servicios
- significados compartidos en torno al consumo
- dinámica intradoméstica de toma de decisiones en el acceso a bienes y servicios
- el trabajo como dispositivo generador de ingresos
- el trabajo feminizado de cuidados

⁷ Tanto la entrevistadora como los sujetos entrevistados disponen de copias y constancia de este consentimiento informado. Los nombres de los/las entrevistados/as se suplantaron por seudónimos en este documento para preservar su identidad e intimidad.

- el tiempo libre como necesidad no reconocida
- la recreación como excepcionalidad
- el tiempo libre mediado por la condicionalidad
- fortalecimiento de las redes de apoyo
- creación de vínculos con los equipos de salud
- transformaciones en los saberes sanitarios
- transformaciones en las estrategias de accesibilidad en la atención sanitaria
- modificaciones en las posibilidades de descanso y recuperación
- experiencias con la condicionalidad.

De esta forma, a partir del trabajo analítico realizado en torno a estas categorías y subcategorías, se logró dar cuenta con profundidad de los aspectos fundamentales que conforman el objeto de estudio de la investigación. Estos se presentan en los tres capítulos a continuación.

CAPÍTULO N° 4

CARACTERIZACIÓN SOCIOECONÓMICA

El objetivo de este capítulo es ofrecer una caracterización socioeconómica de los sujetos diagnosticados con tuberculosis en el Hospital Rawson y sus unidades domésticas en el período de estudio. Se busca conocer el escenario familiar y socioeconómico en el que se desarrollan y/o modifican las estrategias de reproducción, de manera tal que sirva de insumo para el análisis cualitativo de los capítulos próximos.

De esta forma, se avanza en el objetivo n° 1 de esta tesis: describir las características socioeconómicas de las unidades domésticas de los sujetos diagnosticados con tuberculosis en el Hospital Rawson, Córdoba, durante el período 2016-2019. Como se indicó en el apartado metodológico, en este primer momento no se trabajó con una muestra, sino con el total de la población incorporada al programa durante el período seleccionado. Se presenta aquí un análisis de los datos recolectados a través de la revisión de los registros de las profesionales de la División de Trabajo Social del Hospital Rawson, durante el período 2016-2019, en las instancias de incorporación de los sujetos al Programa disciplinar de abordaje de la tuberculosis.

1. Total de población, género y edad

Un primer punto de análisis para construir la caracterización lo constituye la cantidad de sujetos que conforman la población, es decir, el número de incorporaciones al Programa disciplinar de abordaje de la tuberculosis en el período de estudio. Como se puede corroborar en la tabla n° 2, las cantidades por año son considerablemente estables, con un promedio de 90 personas incorporadas por año y una leve disminución hacia el año 2019.

En relación al género y la edad de los sujetos, los datos se encuentran en coherencia con las estadísticas a nivel mundial y nacional. El Boletín Epidemiológico sobre Tuberculosis en la Argentina (Ministerio de Salud de la Nación, 2019) refiere que, a nivel mundial, el 90% de los diagnósticos notificados de tuberculosis son de adultos/as y el 65% de varones. En el mismo documento se sostiene que, en Argentina, se registraron 6 varones cada 10 notificaciones y las mayores tasas de notificación se observaron en los grupos de adultos/as jóvenes, mientras que los niños/as y adolescentes y los/as adultos/as mayores presentaron las tasas más bajas.

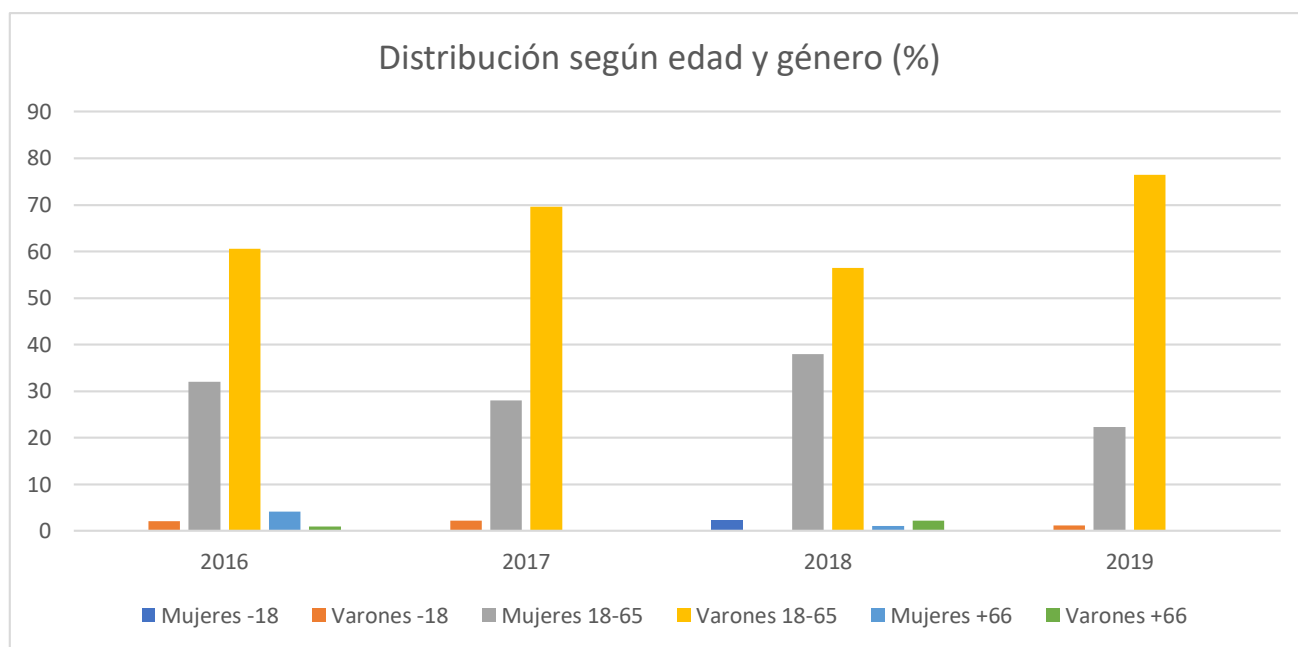
La distribución según género y edad para el caso contemplado en esta tesis se puede observar en el gráfico n° 1. A lo largo de los cuatro años se reconoce un predominio claro de varones entre 18 y 65 años, es decir, de población masculina económicamente activa (57 en 2016, 62 en 2017, 52 en 2018 y 65 en 2019). Este predominio aumenta considerablemente hacia el 2019.

El segundo grupo que condensa mayor cantidad de entrevistas son las mujeres del mismo rango de edad (30 en 2016, 25 en 2017 y 35 en 2018 y 17 en 2019). Asimismo, se contempla que los registros de personas menores a 18 años y/o mayores de 65 no es significativa, ya que en ninguno de los cuatro años ninguna de estos subgrupos alcanzó el umbral del 5%.

Tabla 2: Total de incorporaciones, género y edad⁸

| Años | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|--------------------------|---------|-------|-------|-------|
| Total de incorporaciones | 94 | 89 | 92 | 85 |
| Rango etario | 15 - 82 | 16-66 | 16-80 | 15-63 |
| Promedio de edad | 35 | 35 | 36 | 34 |
| Total mujeres (%) | 36,2 | 28 | 41,3 | 22,3 |
| Total varones (%) | 63,8 | 72 | 58,7 | 77,7 |

Gráfico 1: Distribución según edad y género por año (%)⁹



El análisis se puede profundizar si se presenta la distribución en rangos etarios cada 5 años. Si se tiene en cuenta, entonces, la división etaria al interior de los grupos

⁸ Elaboración propia, 2020.

⁹ Elaboración propia, 2020.

poblacionales, destaca que, durante los cuatro años, el sector más numeroso es el conformado por varones entre 20 y 24 años, lo que se acentúa con mayor claridad hacia el año 2019 (en color rosa en la tabla n° 3). Asimismo, destacan también los rangos entre 25-29 años y 35-39 años.

La mayor presencia de adultos/as jóvenes también es coherente con las estadísticas nacionales, en tanto en el Boletín de Tuberculosis N° 2 (Ministerio de Salud de la Nación, 2019) se explicita que, a pesar de la tendencia generalizada al descenso en la cantidad de casos notificados en el país desde 1980, el rango de jóvenes entre 15 y 29 años de ambos sexos es el grupo que se mantiene con mayor estabilidad desde 1990. Particularmente, se destaca que, desde el año 2005, la velocidad de descenso en la cantidad de diagnósticos en esta franja etaria es el doble de la del grupo de mayores de 65 años.

Tabla 3: Distribución según edad y género (cada cinco años)¹⁰

| AÑO | 2016 | | 2017 | | 2018 | | 2019 | |
|-------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| EDAD | Varones | Mujeres | Varones | Mujeres | Varones | Mujeres | Varones | Mujeres |
| 15-19 | 2 | 3 | 4 | 2 | 1 | 3 | 4 | 1 |
| 20-24 | 11 | 6 | 11 | 5 | 9 | 7 | 19 | 5 |
| 25-29 | 9 | 1 | 11 | 1 | 8 | 6 | 6 | |
| 30-34 | 7 | 5 | 2 | 4 | 4 | 8 | 11 | 1 |
| 35-39 | 9 | 4 | 9 | 5 | 7 | 4 | 8 | 3 |
| 40-44 | 5 | 3 | 7 | | 7 | 2 | 5 | 2 |
| 45-49 | 5 | | 7 | 3 | 4 | 1 | 4 | 3 |
| 50-54 | 6 | 7 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 1 |
| 55-59 | 3 | 1 | 4 | 1 | 4 | 2 | 3 | 2 |
| 60-64 | | | 4 | | 3 | | 2 | 1 |
| 65-69 | 1 | 1 | | 1 | 2 | | | |
| 70-74 | 1 | 2 | | | 1 | | | |
| 75-79 | | | | | | | | |
| 80-84 | | 1 | | | | 1 | | |

¹⁰ Elaboración propia, 2020.

Por último, la predominancia de varones dentro de la población constituye un elemento central de análisis. Tal como se explicitó en páginas precedentes, la mayor tendencia de los varones a contraer la tuberculosis no se puede explicar por diferencias físicas entre los sexos (Hudelson, 1996). Por el contrario, esta diferencia y la mayor exposición de los varones frente a la tuberculosis debe comprenderse a partir del análisis de los patrones de socialización y construcción de las masculinidades en las sociedades patriarcales.

En ese sentido, De Keijzer (1992) afirma que en la producción de estas estadísticas sanitarias juegan un papel central los estereotipos construidos en torno al varón adulto como un sujeto distanciado de las prácticas de cuidado, hacia sí mismo y hacia otros/as. Efectivamente, en la población que conforma este estudio, los varones jóvenes constituyen el grupo mayormente afectado, lo que podría comprenderse a partir de la mayor ocupación del espacio público por parte de las identidades masculinas, y su consecuente exposición diferencial a la infección (Hudelson, 1996), de la resistencia de los varones de consultar a instituciones de salud frente a dolencias o malestares o de la falta de prácticas de autocuidado (De Keijzer, 1992).

Sin embargo, si se tienen en cuenta los aportes de Mendes Diz, Domínguez Mon y Schwarz (2011) en torno a la doble y simultánea construcción del varón proveedor y la mujer encargada de los cuidados, es pertinente abrir los interrogantes en, al menos, dos direcciones. En primer lugar, amerita preguntarse cómo se organizan y garantizan los recursos de subsistencia dentro de las unidades domésticas cuando los sujetos, percibidos y autopercebidos como los miembros proveedores y/o protectores económicamente dentro de las familias (Galoviche, 2016), atraviesan la tuberculosis.

Por otro, se abre el interrogante alrededor de cómo se configura la carga de cuidado en este escenario específico de salud, en tanto tarea feminizada y no remunerada, ya sea cuando la tuberculosis afecta a los varones del hogar, como en la mayoría de casos aquí presentados, o cuando esta atraviesa a las principales responsables adultas del cuidado intradoméstico. Estos interrogantes se recuperarán en el próximo capítulo.

2. Conformación de las unidades domésticas

Para presentar la distribución en la conformación de las unidades domésticas, se utilizarán las categorías de clasificación de Arriagada (2001) trabajadas en el marco teórico. En este sentido, se puede observar un claro predominio, durante los tres primeros años, de las unidades domésticas constituidas por familias nucleares, grupo que disminuye hacia el 2019.

El segundo grupo mayoritario lo constituyen las unidades compuestas por familias extensas, cuyo porcentaje crece considerablemente hacia el último año, ocupando un lugar predominante. Asimismo, se observa un claro descenso de las unidades domésticas monoparentales en los tres primeros años, al igual que un crecimiento considerable de las unidades domésticas sin núcleo. Estos datos se pueden leer en la tabla n°4.

Resulta interesante destacar la importancia de las jefaturas femeninas en las unidades domésticas monoparentales. Al interior de este subgrupo, las jefaturas femeninas alcanzaron el 75% para el 2016, 71% para el 2017, 100% para el 2018 y 71% para el 2019. Si se retoman las propuestas teóricas trabajadas en el capítulo 2, la categoría de unidad doméstica conceptualiza a la familia como una organización formal, donde la generación y el género de sus miembros operan como principios organizadores al interior de los hogares (Jelin, 1986). En ese sentido, se refuerza, entonces, la pertinencia de los interrogantes surgidos en el apartado anterior en torno a la organización del cuidado en este escenario específico de salud.

Tabla 4: Conformación de las unidades domésticas por año (%)¹¹

| Unidades domésticas (%)- Años | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|-------------------------------|------|------|------|------|
| Nucleares | 37,2 | 37,1 | 39,1 | 21,4 |
| Monoparentales | 8,5 | 7,9 | 3,3 | 8,2 |
| Extensas | 24,5 | 18 | 30,4 | 47 |
| Ensambladas | 5,3 | 11,2 | | 7 |
| Unipersonales | 10,6 | 10,1 | 16,3 | 11,7 |
| Sin núcleo | 3,2 | 3,4 | 8,7 | |
| S/D | 10,6 | 12,3 | 2,2 | 4,7 |

Al respecto de la mayoría de unidades domésticas conformadas por familias de tipo nuclear, sobre todo en los tres primeros años, con un máximo del 40% en el año 2018, resulta interesante comparar los datos con las estadísticas a nivel nacional y provincial. Este ejercicio permite abrir otros interrogantes e interpretaciones posibles.

Arriagada (2001), al recuperar estadísticas de CEPAL, afirma que, en Argentina, desde la década de 1970, las unidades domésticas de tipo nuclear en zonas urbanas constituyen aproximadamente el 71% de los hogares. Asimismo, sostiene la autora, este dato varía considerablemente si se comparan grupos poblacionales separados por su situación socioeconómica. En el caso de la provincia de Córdoba, de acuerdo a los datos del último censo (INDEC, 2010), la predominancia de familias de tipo nuclear es del 62,3%.

En el caso particular de este estudio, la organización de las unidades domésticas en clave de familias nucleares es mayoritaria. Sin embargo, al comparar los datos presentados en la tabla n° 4 con las estadísticas provinciales, se observa que la presencia de familias nucleares es menor en al menos un 20% en la población de esta investigación. Al tomar en cuenta esta diferencia, e incorporar el crecimiento considerable de las unidades domésticas

¹¹ Elaboración propia, 2020.

conformadas por familias extensas más la presencia de familias ensambladas, se puede vincular la distribución de este grupo poblacional con el patrón en la organización doméstica propuesto por Arriagada (2001), referido a estrategias de supervivencia económica. La autora afirma que, en contextos de pobreza estructural, la conformación de unidades domésticas con miembros que no responden a los roles tradicionales familiares, en este caso, las familias extensas y ensambladas, es una estrategia que permite garantizar un mayor número de ingresos para el sostenimiento del hogar y la resolución de necesidades en común (Arriagada, 2001).

En ese sentido, la distribución específica de la conformación de las unidades domésticas en la población del estudio constituye un primer indicador para interrogarse en torno a sus condiciones materiales de vida y acercarse a la vinculación entre tuberculosis y pobreza propuesta por Terol García y Gamarra Mendoza (2002) y Alves et al. (2019), recuperados en el capítulo n°1. Para avanzar en esta dirección, en el siguiente apartado se propone un análisis en torno a la inserción laboral y escolar de los sujetos involucrados.

3. Inserción laboral y escolaridad

El análisis propuesto en el apartado anterior en torno a las condiciones materiales de vida de los sujetos involucrados y la vinculación entre pobreza y tuberculosis, puede profundizarse si se valoran las condiciones de inserción laboral. Al respecto, se destaca un aumento considerable de la presencia de personas desocupadas frente a las ocupadas a lo largo de los cuatro años y el descenso de aquellas que obtienen sus ingresos por medio de jubilaciones y/o pensiones no contributivas, lo que implica que, a lo largo de estos años, la población que atravesó este proceso de salud protegida por el sistema de seguridad social disminuyó. Estos datos pueden leerse en la tabla n° 5.

En relación al grupo de ocupados/as, se observa un descenso entre 2016 y 2017, con un aumento del 10% al tercer año considerado y un nuevo descenso hacia el 2019. Estas variaciones se pueden analizar con mayor precisión si se valoran distinciones al interior del mismo grupo. Se los categorizó entre personas ocupadas en el mercado laboral formal, mercado laboral informal y personas que no realizan tareas laborales remuneradas, pero sí se dedican al trabajo intradoméstico. De acuerdo a los datos plasmados en el gráfico n° 2, se puede notar un aumento considerable de los sujetos ocupados de manera informal y un descenso de la ocupación laboral formal.

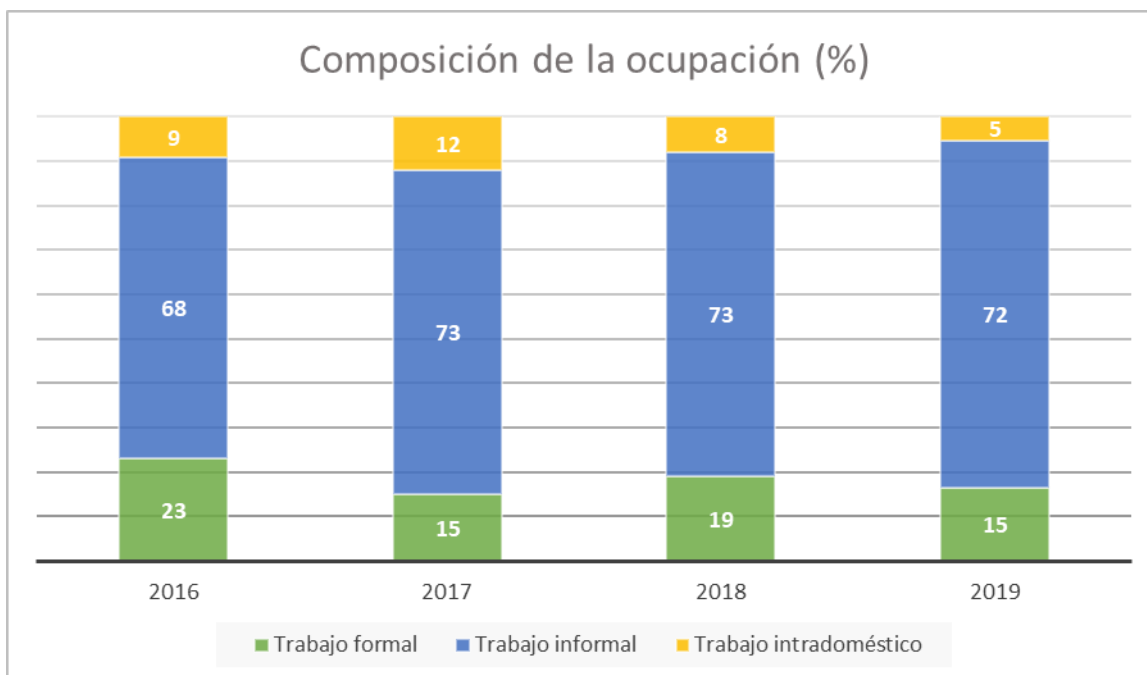
En este sentido, el aumento de casi el 25% de la desocupación entre 2016 y 2019 y la predominancia de más del 70% de trabajo informal dentro de la categoría de ocupados/as permite considerar que los sujetos que conforman la población de estudio, y sus respectivas unidades domésticas, formarían parte de la organización social de la pobreza. Como se estableció en el capítulo n°1, Jelin (1986) caracteriza a estas organizaciones familiares como aquellas que no cuentan con ingresos fijos y que dependen para la resolución de necesidades de trabajos inestables e informales.

Esto implica una falta de sistematicidad que permita la previsión, el ahorro, o, en este caso, atravesar una situación de enfermedad. En este contexto, el aumento de la cantidad de desocupación y la informalidad del trabajo, permite inferir que los sujetos atraviesan esta situación de salud con dificultades y/o imposibilidad de resolver diariamente su alimentación, transporte, acceso a servicios, vestimenta, recreación, entre otras necesidades dentro de su reproducción cotidiana.

Tabla 5: Inserción laboral por año (%)¹²

| Inserción laboral (%)- Años | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|-------------------------------|------|------|------|------|
| Ocupados/as | 63,8 | 46 | 56,5 | 47,1 |
| Desocupados/as | 18,1 | 23,6 | 31,5 | 42,4 |
| Jubilados/as o pensionados/as | 10,6 | 9 | 6,5 | 7 |
| Estudiantes | 3,2 | 4,5 | 3,3 | 2,3 |
| S/D | 4,2 | 16,9 | 2,2 | 1,2 |

Gráfico 2: Composición de la ocupación por año (%)¹³



¹² Elaboración propia, 2020.

¹³ Elaboración propia, 2020.

Asimismo, a lo largo de los años del estudio se puede observar una disminución en la cantidad de sujetos protegidos por prestaciones del sistema de seguridad social como jubilaciones o pensiones. Esto refuerza la noción de que la supervivencia y la resolución de necesidades en la reproducción cotidiana se encuentra mercantilizada. De acuerdo a Martínez Franzoni (2007) esta categoría permite describir la mayor o menor centralidad del mercado laboral como dispositivo proveedor de bienestar en la población.

De acuerdo a la autora, el análisis del grado de mercantilización incluye no sólo la cantidad de personas empleadas, sino también la calidad de ese empleo, su estabilidad y el acceso que este habilita a la seguridad social. En este escenario, entonces, se puede considerar que la mercantilización de la fuerza de trabajo a través de la inserción en el mercado laboral se da de manera incompleta e informal: los sujetos ofrecen su fuerza laboral en el mercado sin contar con el respaldo de ninguna regulación estatal ni derechos laborales, entre ellos, sin la posibilidad de acceder a una licencia por enfermedad.

En estrecha vinculación con lo planteado en apartados anteriores, en este caso destaca que la totalidad de los sujetos que se ocupan del trabajo intradoméstico no remunerado son mujeres. Esto se corresponde con los aportes de Mendes Diz, Domínguez Mon y Schwarz (2011), quienes afirman que el género constituye un criterio que organiza las tareas de cuidado y reproducción hacia el interior de los hogares y que deposita las responsabilidades de crianza y mantenimiento de las familias en las mujeres.

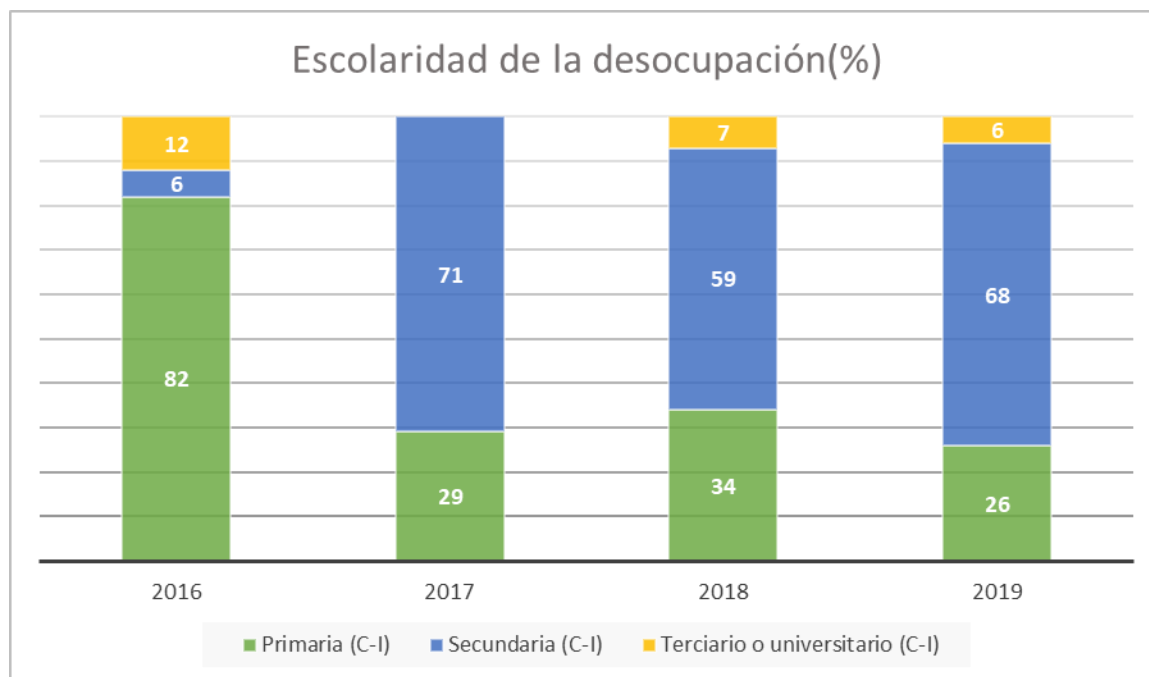
Nuevamente, este análisis se complejiza si se pone en relación la feminización de los cuidados con la situación particular de salud abordada en este estudio y los contextos de pobreza y escasez de recursos monetarios. De esta forma, se refuerza la necesidad de interrogarse qué sucede al interior de estas unidades domésticas cuando la responsable de las tareas de mantenimiento y cuidado tiene tuberculosis y no cuenta con capital económico que le permita transferir la resolución de estas tareas al mercado.

En relación a la categoría de escolaridad, resultó interesante presentarla en relación a la inserción laboral de los sujetos. Se propuso un recorte dentro del grupo personas desocupadas y se caracterizó su grado de escolaridad alcanzado. De acuerdo a los datos presentados en el gráfico n°3, la composición al interior de este grupo varió considerablemente a lo largo de los cuatro años, iniciando en 2016 con más del 80% de los sujetos desocupados habiendo transitado sólo la escolaridad primaria (completa o incompleta) y en el 2017 y 2018 con una presencia predominante de sujetos desocupados que han accedido a la escolaridad secundaria, que se intensificó hacia el 2019 (completa o incompleta).

Este dato, en vinculación con el aumento de la desocupación mencionado anteriormente, permite leer la situación de pobreza de los sujetos en clave de empobrecimiento o nueva pobreza hacia el año 2019. De acuerdo a Perelman (2011), esta forma específica de organización social emerge en contextos de pérdida de empleo y crisis económica, desplazando a sectores que anteriormente resolvían sus necesidades de reproducción mediante el mundo del trabajo. De acuerdo al autor, estos sectores poblacionales se ven exigidos a la construcción de nuevas estrategias que les permita la supervivencia, como, por ejemplo, en este caso, la unificación de familias extensas y

ensamblada dentro de una misma unidad doméstica, como se presentó en apartados anteriores.

Gráfico 3: Escolaridad de la desocupación por año (%)¹⁴



4. Condiciones habitacionales

Para caracterizar las condiciones habitacionales de la población de este estudio, se tuvieron en cuenta los criterios establecidos en el anexo del instrumento utilizado por las profesionales. Allí se define al hacinamiento en relación a la cantidad de miembros por habitación en la vivienda: se considera una vivienda en situación de hacinamiento moderado cuando se cuantifican entre 2 y 3 miembros por habitación y hacinamiento crítico cuando se cuantifican más de 3, de lo contrario se las considera viviendas sin hacinamiento. En este apartado, también se registraron a las personas que expresaban encontrarse en situación de calle. La distribución de estos datos puede leerse en la tabla n° 6.

En este sentido, se observa de manera destacada un crecimiento de los sujetos que viven en condiciones de hacinamiento crítico a lo largo de los cuatro años, alcanzando una diferencia de 10% entre el 2016 y el 2019. En relación al hacinamiento moderado, se observa un crecimiento considerable entre el 2016 y el 2018, alcanzando casi tres veces el primer valor y un nuevo descenso hacia el 2019. Este análisis es coherente con el crecimiento de las familias extensas y ensambladas recuperado en apartados anteriores y

¹⁴ ¹⁴ Elaboración propia, 2020.

puede reforzar la lectura en torno al patrón en la organización doméstica en tanto estrategia de organización intrafamiliar que permite la supervivencia en contextos de pobreza (Arriagada, 2001).

La cantidad de personas en situación de calle también creció de manera considerable, con el mayor punto en el 2018. Si bien estos sujetos no son cuantitativamente mayoritarios dentro de la población, exigen una atención específica si se valora que, desde el 2016 hasta el 2018, el número se multiplicó al menos seis veces.

Asimismo, si se valoran en su totalidad las unidades domésticas que se encuentran en situación de hacinamiento crítico o moderado, sumado a aquellas de las personas en situación de calle, se puede observar, en el gráfico n° 4, que las condiciones habitacionales no adecuadas aumentaron cerca de un 20% en los cuatro años considerados en el estudio.

Una vez valorados estos datos, resulta interesante, una vez más, compararlos con estadísticas provinciales. Para realizar este ejercicio, es útil recuperar la categoría de Necesidades Básicas Insatisfechas (en adelante, NBI), herramienta utilizada para cuantificar la pobreza estructural y orientada a identificar dimensiones de privación material (INDEC, 2010). De acuerdo a este organismo, un hogar se considera con NBI cuando presenta, al menos, una de las siguientes características: vivienda inconveniente, carencias sanitarias, inasistencia escolar, capacidad de subsistencia y/o, la que se recupera en este apartado, hacinamiento.

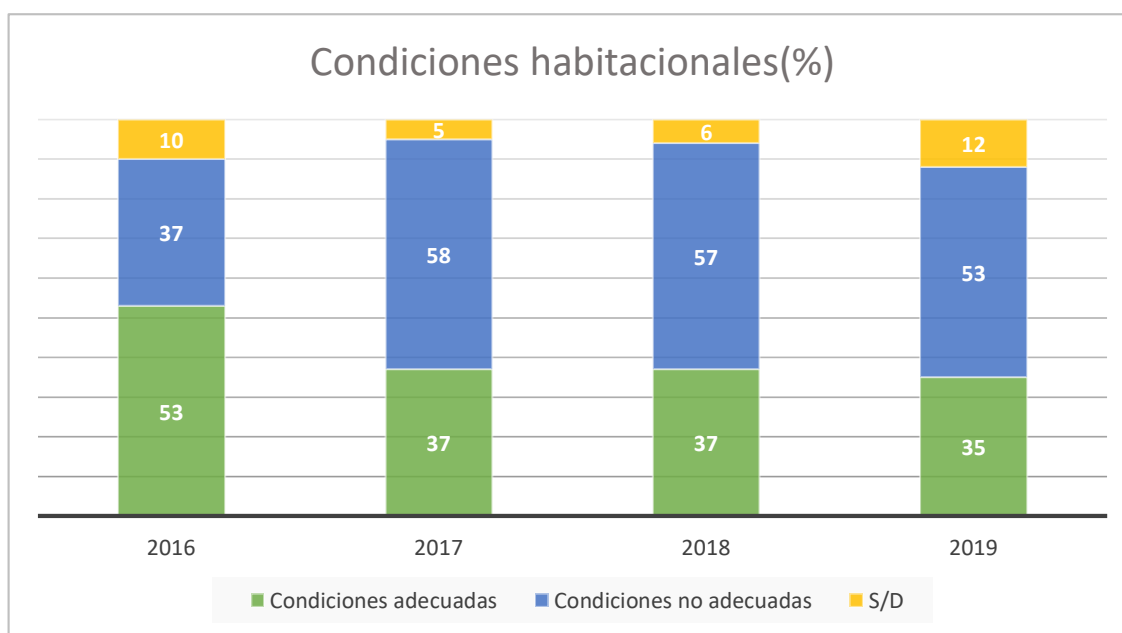
La información publicada sobre los últimos censos (INDEC, 2001 y 2010) permite ver que para el 2001 en Córdoba Capital el 11% de los hogares vivía con, al menos, una NBI y, en 2010, el porcentaje bajó al 6%. En el caso de este estudio, si se reúnen los valores de hacinamiento crítico, moderado y los de situación de calle, se puede corroborar que, llegado el 2019, un 53% de los sujetos diagnosticados con tuberculosis en el Hospital Rawson vivía, con al menos, una NBI.

Una vez valorados estos datos, resulta interesante, una vez más, compararlos con estadísticas provinciales. Para realizar este ejercicio, es útil recuperar la categoría de Necesidades Básicas Insatisfechas (en adelante, NBI), herramienta utilizada para cuantificar la pobreza estructural y orientada a identificar dimensiones de privación material (INDEC, 2010). De acuerdo a este organismo, un hogar se considera con NBI cuando presenta, al menos, una de las siguientes características: vivienda inconveniente, carencias sanitarias, inasistencia escolar, capacidad de subsistencia y/o, la que se recupera en este apartado, hacinamiento.

Tabla 6: Hacinamiento por año (%)¹⁵

| Hacinamiento (%)- Años | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|------------------------|------|------|------|------|
| Crítico | 27,6 | 32,6 | 25 | 37,6 |
| Moderado | 8,5 | 25,9 | 22,9 | 10,6 |
| Sin hacinamiento | 53,4 | 37 | 37 | 35,3 |
| Situación de calle | 1 | | 8,9 | 4,7 |
| S/D | 9,5 | 4,5 | 6,2 | 11,8 |

Gráfico 4: Condiciones habitacionales por año (%)¹⁶



La información publicada sobre los últimos censos (INDEC, 2001 y 2010) permite ver que para el 2001 en Córdoba Capital el 11% de los hogares vivía con, al menos, una NBI y, en 2010, el porcentaje bajó al 6%. En el caso de este estudio, si se reúnen los valores de hacinamiento crítico, moderado y los de situación de calle, se puede corroborar

¹⁵ Elaboración propia, 2020.

¹⁶ Elaboración propia, 2020.

que, llegado el 2019, un 53% de los sujetos diagnosticados con tuberculosis en el Hospital Rawson vivía, con al menos, una NBI.

A modo de síntesis, en este capítulo se ofrecieron diversos elementos que permiten valorar que los sujetos con tuberculosis que conforman la población de este estudio viven en contextos de pobreza. Estos contextos no son únicos ni estables, sino que, con el paso de los años se complejizan y modifican, no sólo mediante la acción estatal y del mercado, sino también por las estrategias que las mismas unidades domésticas crean para garantizar la supervivencia de sus miembros.

En este sentido, elementos como las transformaciones en las conformaciones familiares, la disminución en el índice de empleo, la informalidad creciente de la inserción laboral y el aumento de las condiciones habitacionales no adecuadas, permiten especificar la vinculación entre tuberculosis y pobreza recuperada en capítulos precedentes en este recorte temporal y local. En base a estos elementos, se puede inferir una forma de pobreza estructural hacia el 2016 y la creación de un nuevo perfil de empobrecimiento, o nuevos pobres, hacia el año 2019.

CAPÍTULO N° 5

TRANSFORMACIONES EN LAS ESTRATEGIAS DE REPRODUCCIÓN SOCIAL A PARTIR DE LA PTC- TUBERCULOSIS

En el siguiente apartado se exponen el análisis cualitativo construido a partir de la comparación y la identificación de regularidades en la información proveniente de las entrevistas realizadas. De esta manera, el trabajo analítico presentado en este capítulo responde al objetivo n° 2 de este estudio: en las unidades domésticas de los sujetos diagnosticados con tuberculosis en el Hospital Rawson, Córdoba, durante el período 2016-2019, analizar sus estrategias de reproducción en torno a las condiciones de existencia, relacionadas a servicios y consumos, mundo del trabajo, uso del tiempo libre y capitales sociales y culturales, a partir del acceso al Régimen de Protección Socioeconómica del paciente afectado por Tuberculosis.

Como se adelantó en el capítulo n° 3, se llevaron a cabo siete entrevistas a titulares de la PTC-Tuberculosis que realizaron sus tratamientos de tuberculosis en el Hospital Rawson entre los años 2016 y 2019. Estas entrevistas en profundidad se aplicaron a tales informantes claves, que cumplían con los criterios propuestos en el diseño metodológico.

El grupo de entrevistados/as estuvo conformado por cinco mujeres y dos varones. El promedio de edad fue de 36,7 años, con un rango entre 25 y 55 años. En relación a la conformación de sus unidades domésticas, cuatro de ellas estaban formadas por miembros de la familia nuclear, dos con conformación monoparental y una con miembros de la familia extensa (Arriagada, 2001). Los nombres de los/las entrevistados/as se reemplazaron por seudónimos para garantizar el resguardo de su identidad e intimidad.

La presentación de los datos se organiza de acuerdo a las categorías iniciales propuestas en el capítulo n°3. Asimismo, a través del trabajo analítico, se identificaron subcategorías de análisis que desagregan las iniciales y que permiten adentrarse de forma pormenorizada en la complejidad del fenómeno. De esta forma, en este apartado se da cuenta de las estrategias, sus rupturas y continuidades, en torno a las condiciones de existencia de las unidades domésticas, es decir, aquellas desplegadas en relación a consumos y servicios, mundo del trabajo, uso del tiempo libre y capital social y cultural a partir de la PTC-Tuberculosis.

1. Consumos y servicios

En este apartado se analizan las modificaciones y/o continuidades en las estrategias de acceso a consumos y servicios a partir de la PTC-Tuberculosis. Como se anticipó, la conceptualización utilizada para definir y analizar esta dimensión proviene del trabajo de

Aquín et al. (2014), quienes proponen entender al consumo como la posibilidad de acceso a ciertos bienes en la esfera del mercado que, además de su función como soporte material, adquieren un valor cultural para aquellas personas que los utilizan o disfrutan.

Los aportes de García Canclini (1999) constituyeron un insumo clave, en tanto permitieron adentrarse en las normas socioculturales que median el acceso a bienes y a prácticas de consumo, que diferencian grupos sociales en base a las disponibilidades de bienes materiales y, además, crean discursos morales sobre las bondades o inconveniencias de ciertas prácticas, de acuerdo a la clase social. De esta forma, en este estudio se concibió al consumo como una práctica sociocultural que no finaliza con la instrumentalidad del bien a consumir, sino que, al mismo tiempo, constituye una apropiación y un uso simbólico de los productos.

En coherencia con esta propuesta teórica y, en base a la información recolectada, en el análisis se propusieron tres subcategorías. A continuación, se presenta el trabajo analítico en torno a: prácticas de consumo y servicios, significados compartidos en torno al consumo y dinámica intradoméstica de toma de decisiones en el acceso a bienes y servicios.

1.1- Prácticas de consumo y servicios

Un primer elemento común que se evidenció en el análisis de la información fue una trayectoria similar en las modificaciones de las estrategias de reproducción vinculadas al consumo y en el acceso a servicios. Se identificó un primer momento de reducción y ajuste en el acceso a ciertos bienes, coincidente con la aparición del malestar físico, el diagnóstico y el primer mes de tratamiento o lo que tardara el sujeto en acceder al cobro de la transferencia monetaria. Una vez iniciados los pagos de la transferencia de la PTC-Tuberculosis, las prácticas de consumo se amplían, tanto en las necesidades priorizadas, como en la cantidad, calidad y diversificación de los bienes seleccionados para su resolución. Las prácticas identificadas se pudieron agrupar en torno a la resolución de alimentación, vestimenta, educación y hábitat.

1.1.1. Alimentación

En todas las unidades domésticas incorporadas en el estudio, se reconoció como primordial la resolución de la alimentación diaria, en un primer momento reduciendo el gasto en cierto tipo de alimentos y eliminando directamente otros y, luego, recuperando estos consumos cuando se dispuso de la transferencia monetaria. En este sentido, se identificaron prácticas de búsqueda de ofertas y precios más accesibles para sostener el consumo de productos como carnes, verduras, harinas y suplantación por otros productos más económicos en lo que refiere a gaseosas y lácteos, por ejemplo.

Sí, y bueno, tratamos de gastar lo menos posible, no comprábamos más gaseosa, comprábamos jugo, o sea, me iba a donde había ofertas de carne, de pollo, y así, para que me alcanzara. Y bueno, claro que no comprábamos más los yogures, los postres de los chicos (María, comunicación personal, 2019).

También en los productos que comprábamos, antes no sé, podíamos comprarnos por ejemplo un dulce de leche que salía 70 pesos, comprábamos un dulce de leche al mes, y ahí cuando nos enfermamos tuvimos que ajustar, no sé, comprar uno de 45 pesos. No era dejar de comprar, sino comprar cosas más baratas (Julieta, entrevista personal, 2019).

Asimismo, en el primer momento de dificultad en el acceso a través del mercado a los bienes de alimentación, aparecieron estrategias vinculadas a la organización familiar extensa y a instituciones comunitarias. Las unidades domésticas recurrieron, principalmente, a instituciones que ya formaban parte, anteriormente, de sus redes comunitarias, sobre todo, escuelas y jardines públicos, y a miembros de la familia extensa con vínculos de cercanía, como madres y hermanos. Esto resulta coherente con el planteo de Pautassi (2009), quien reconocía la centralidad que tienen las organizaciones vecinales y barriales, denominadas por ella *tercer sector*, en la resolución de necesidades y garantía de cuidados en contextos de pobreza, tal como se puede identificar en los testimonios de Julieta y Marta:

Cuando no teníamos lo mandábamos a él a la casa de la abuela a comer, que comiera allá, o también le decíamos al jardín que necesitábamos la comida de él, y cuando la íbamos a buscar, nos decían que no, que tenía que ir otra persona, que nosotros no se la podíamos retirar, pero la comida era para él, solo para él, pero no, que no nos podíamos acercar, que íbamos a contagiar. Y yo les expliqué, que no estábamos contagiando, pero igual, que no podíamos buscar la comida porque no quería que expusiéramos a los otros chicos. Entonces ahí le pedimos a su abuela, que vivía más cerca, nos buscaba la comida y nosotros la íbamos a buscar a su casa, porque nosotros no podíamos ni llegar, ni acercarnos a la escuela (Julieta, comunicación personal, 2019).

Ese tiempo a mi marido le costó mucho conseguir trabajo, estuvimos pidiendo ayuda, tuvimos ayuda de parte de mis hermanos, todos se pusieron de acuerdo sin que yo sepa, claro, yo no quería, pero cada uno hizo un bolsito de víveres y nos llevaron, hasta que mi marido empezara a trabajar, y bueno, con eso estuvimos (Marta, comunicación personal, 2019).

Las prácticas de consumo en torno a la alimentación se modificaron al inicio de la PTC- Tuberculosis. Cuando las unidades domésticas comenzaron a cobrar la transferencia económica, estas estrategias comunitarias o familiares de acceso al alimento se reemplazaron nuevamente por el consumo de bienes a través del mercado o a través de transacciones monetarias:

Ah, y después en el segundo mes ya empecé a darle plata de nuevo a mi mamá para la compra de mercadería, ahí lo volvimos a dividir entre todos, unos meses, y después empecé a comprarme para celíaco, me compro aparte comida para celíacos (Florencia, comunicación personal, 2019).

En este momento se reconoce como elemento común un proceso de recuperación de prácticas diarias que hacían a la reproducción cotidiana antes la enfermedad. En las

unidades domésticas vuelve a aparecer la noción del gusto o placer producido por el consumo de un alimento en particular que, en momentos de reducción de gastos, había sido aplazado:

Hemos podido comprar cosas que ya no veníamos comprando, como por ejemplo los yogures de los chicos, un helado, nosotros estábamos acostumbrados a comprarle esos tres kilos de helados, los potes, y les duraba quince días, diez días a los chicos, ¿me entendés? y ahora lo tienen de nuevo (María, comunicación personal, 2019).

También, sí, sí, pudimos comer, hacía mucho que queríamos comer lechón, desde el año pasado, y pudimos comer, ¿me entendés? (Agustín, comunicación personal, 2019).

Claro, el alimento, comprar mercadería para el otro día, porque nosotros sin mercadería no tenemos para trabajar, los alimentos de casa, mercadería, por ahí algún gustito, yo tomo alguna gaseosa, o unas papitas, unos chizitos, pero nada más (María, comunicación personal, 2019).

Para un análisis completo de esta dimensión, se torna necesario recuperar lo trabajado en el capítulo en torno a las condiciones materiales de vida de la población. Si se tiene en cuenta que estas unidades domésticas pertenecen a la organización social de la pobreza y que, en su mayoría, tienen mercantilizada la resolución de necesidades diarias, adquiere mayor sentido que el principal problema a atender mediante la modificación de estrategias de reproducción sea la resolución de una necesidad indispensable para la supervivencia misma, como la alimentación.

Esto se puede analizar, también, a partir de los aportes de Pautassi (2016), quien sostiene que, a pesar del reconocimiento de la alimentación como un derecho humano fundamental, las posibilidades de proveerse de alimento en cantidad y calidad adecuadas están determinadas por la posición y clase social que los sujetos ocupen. En este sentido, alimentarse se transforma en una experiencia diferenciada por estratos sociales. La autora agrega que, al igual que el resto de las prácticas de cuidado, la acción de obtener, preparar y distribuir alimentos se encuentra atravesada por mandatos de género y suele recaer en responsabilidades unilaterales de las mujeres adultas y sus redes vecinales de apoyo, lo que bien se puede analizar en los testimonios presentados.

En este escenario, resulta llamativo cómo las familias definen ciertos productos como esenciales que, en un momento de reducción de gastos, se continúan consumiendo mediante otras vías de acceso diferentes al mercado. Asimismo, el alimento, en este contexto, constituye sólo una fuente de supervivencia y, en este proceso de supervivencia, también operan mecanismos de decisión y priorización que, en su mayoría, colocan como indispensable la resolución alimentaria de los/as niños/as de la vivienda.

La noción del alimento como fuente de placer, y/o como mecanismo de encuentro con otros, recién aparece cuando la transferencia monetaria se introduce en los recursos

disponibles para la organización económica de la vivienda. Lo mismo sucede con la ampliación de las prioridades hacia las necesidades de los/as adultos/as de la vivienda.

La combinación entre mercado y redes familiares y/o comunitarias en la resolución de necesidades que se observa en las entrevistas pueden comprenderse con los aportes de Mario, Rosa y García (2014) y su categoría de práctica de aprovisionamiento. Esta constituye un mecanismo para acceder a bienes y servicios que es característico de las familias que forman parte de la pobreza y se vincula ampliamente con la informalidad laboral. Las autoras afirman que, en contextos de incertidumbre económica, se combinan estrategias monetarias y no monetarias para la supervivencia y que se priorizan unas u otras de acuerdo a las posibilidades laborales, que atraviesan periodos de ajuste y reducción, y a la disponibilidad de recursos estatales de asistencia o seguridad social.

En este caso se puede leer que existe una continuidad en el mercado como fuente de bienestar y de resolución de la alimentación diaria. Si bien se pudo identificar la interrelación entre Estado, Mercado y Familia propuesta por Martínez Franzoni (2007) y la centralidad de las organizaciones sociales reconocida por Pautassi (2009) en la resolución del bienestar, también, el análisis permite dar cuenta de una primacía del mercado como fuente principal de bienes alimenticios y de un lugar secundario de las redes del soporte estatal y las familiares y vecinales.

Frente a la imposibilidad material de acceder a los alimentos a través de su compra, se activan otros dispositivos para su resolución, como la solidaridad familiar y/o comunitaria o la exigibilidad de derechos sociales en instituciones públicas, es decir, se amplía la constelación de bienestar. Sin embargo, esta ampliación aparece como una práctica subsidiaria, como alternativa frente a la dificultad de participar en el mercado de compra y venta de bienes. Cuando las unidades domésticas pueden optar nuevamente por qué mecanismo acceder a la alimentación, vuelven a resolverlo a través del mercado, incluso, no sólo para los miembros de sus familias, sino también, como modo de devolución a quienes colaboraron en la reproducción cotidiana previamente.

1.1.2. Vestimenta y educación

Un segundo tipo de prácticas de consumo está conformado por la resolución de la vestimenta y el acceso a la educación. A pesar de que constituyen necesidades que bien podrían ser analizadas por separado, en este apartado se presentan en conjunto en base a dos elementos comunes que permiten dar cuenta de una dinámica de modificación similar.

En primer lugar, no aparecen, en estos casos, relatos de mitigación o reducción en los consumos al inicio del diagnóstico y tratamiento, pero sí se reconoce que, al contar con la transferencia económica, se vuelven a atender estas necesidades, incluso de forma ampliada. Por otro lado, estas prácticas de consumo se orientan de manera prácticamente exclusiva hacia los/las niños/as de las viviendas. Los relatos que siguen permiten identificar estos elementos.

No, la ropa no, porque nosotros estamos acostumbrados, ahora por ejemplo tengo que comprar los paquetes de calzoncillos, compro el paquete que ya queda en mi

casa, y un paquete de medias, y a eso lo usamos durante todo el año. A veces compramos dos o tres calzoncillos más, o me quedan a mí, yo les dejo a mis hijos, pero si no, con eso nos arreglamos (Agustín, comunicación personal, 2019).

No, no he comprado, pero no porque no haya tenido, sino porque estoy esperando a una tienda que fui a comprarles shorts a mis hijos, chombas a mis hijos, y a esa tienda se le había acabado el stock y estaban baratos los shorts y eso, y estoy esperando al viernes, ya van a tener todo el stock de nuevo, para poder comprar (María, comunicación personal, 2019).

La medicación no nos preocupaba, porque a eso ya lo teníamos acá, pero lo otro que nos preocupaba era pagar la matrícula de los chicos, del colegio y del jardín, con eso lo pagamos, y compramos también lo que necesitaban los útiles (Marta, comunicación personal, 2019).

Algo para mí no, siempre es así, fue más para los chicos, justo el Leo estaba en el colegio con un viaje, hicieron un viajecito en la escuela y se lo pude pagar, iban a Buenos Aires, porque como es un colegio técnico, ¿no? Iban a lugares donde se dedican a la carpintería, y yo con eso pude comprarle las cosas y pagarle el viajecito, porque por ejemplo en sexto grado él no pudo ir de viaje, porque terminó el año y no pude, pero ese año sí le pude pagar el viajecito (Karen, comunicación personal, 2019).

En este sentido, se puede comprender que estas prácticas no pueden ser analizadas de manera aislada, sino que es necesario leerlas en clave de trayectoria (Lera et. al, 2007). Si se recupera la información producida en el capítulo anterior, se puede entender que el acceso a la educación formal no constituye un derecho garantizado para las poblaciones adultas que conforman estas unidades domésticas, ya sea en un contexto sin enfermedad o en uno atravesado por la presencia de la Tuberculosis. En ese sentido, se puede comprender por qué los/as adultos/as no enuncian una mitigación o reducción en estos consumos a partir de la situación de enfermedad ni de la PTC-Tuberculosis, pero sí explicitan cierta disposición para priorizar la resolución de estas necesidades para los/as niños/as de la vivienda.

De esta forma, las prácticas de consumo de los bienes destinados a la infancia son diferentes. Nuevamente, se puede observar que la prioridad a la hora de destinar el recurso económico en educación y vestimenta, es la resolución de las necesidades de los/as niños/as de las familias y que, en ambos casos, disponer de la transferencia económica habilita a garantizar nuevas formas de resolución a través del mercado, por ejemplo, incorporando útiles escolares o ropa nueva o habilitando la posibilidad de instancias de aprendizaje a través de viajes o paseos.

1.1.3. Hábitat

La necesidad de modificar y/o mejorar las condiciones habitacionales aparece como una constante dentro de las unidades que conformaron el estudio. En los siete testimonios recolectados hay referencias al uso del dinero percibido en la mejora habitacional, ya sea en

prácticas de construcción, amoblamiento o de sostén económica de aquellas familias que continuaron alquilando. Solo en una de ellas se expresa que el dinero no era suficiente para mejorar materialmente las condiciones habitacionales, pero que sí al enterarse de la posibilidad de gestionar la transferencia económica, esta había sido la primera necesidad reconocida a resolver que, luego, por dificultades en la administración del dinero no se pudo concretar.

Al indagar con mayor profundidad, se identifica una primera continuidad: las necesidades de tipo habitacionales eran percibidas como carencias a resolver con anterioridad al inicio de este proceso de salud. Esto es coherente con la información presentada en el capítulo nº4 de este trabajo, en donde se identificó que gran parte de estas unidades domésticas vivían en espacios físicos con condiciones no adecuadas de habitabilidad.

En este sentido, la decisión de priorizar la mejora en las condiciones de las viviendas aparece como una decisión premeditada y planificada por los miembros de las unidades domésticas:

Y con esa platita que me ha ingresado pude hacer algo en mi casa, ahora con la otra vamos a ver si podemos terminar la casa de mi suegro que nos dio el terreno, nos falta el techo, vamos a ver si avanzamos. Yo soy una persona que saca cuentas, que anoto, yo digo: bueno, tengo seis mil, y bueno, vamos a gastar cuatro mil en esto y lo otro. Entonces yo sabía que con el próximo pago yo hacía el baño y nos quedaba para empezar lo del techo, con lo otro, terminarlo (Agustín, comunicación personal, 2019).

Lo invertimos en la casa, se compró ropa para tener, para las salidas más que nada, para cuando viene al médico, esas cosas, pero al resto lo invertimos más que nada en la casa, se quedó con mil pesos en el bolsillo como para sobrevivir en estos días viste, pero ahora ya está saliendo de vuelta a trabajar, pero no importa, yo le digo: mirá ahí papi, mirá que ya te compraste los materiales, así que estamos conformes (María, comunicación personal, 2019).

Lo primero que compramos fue la cama de los chicos, con el primer sueldo si le podemos decir así, eso fue lo primero. Compramos unas sábanas, y un mueblecito para poner, porque teníamos la ropa en valijas, uno pequeño, para los dos, para los chicos. Y lo poco que quedó, bueno, obviamente compramos para la semana, comida, para unos días. Y el segundo mes, lo mismo, mi marido ya comenzó a revocar, se compró bolsas de cemento, hizo pedir la arena, piedras, y ahí fuimos avanzando con la casa, y lo que quedaba, bueno, compramos otro roperito para el otro hijo nuestro. Y el tercer mes ahí recién compramos la cama nuestra, nosotros ya teníamos las prioridades, ya habíamos pensado cómo distribuir (Marta, comunicación personal, 2019).

Otro elemento común identificado es la centralidad que se le otorga al dinero percibido a través de la PTC-Tuberculosis para resolver la cuestión habitacional. La aparición de este recurso económico figura como una herramienta que facilita a las familias

ganar autonomía en la solvencia de los gastos y desestimar, nuevamente, los pedidos de ayuda o colaboración a miembros de la familia extensa o de la comunidad. El testimonio de Karen permite ilustrar esta dinámica:

Y encima en ese entonces alquilábamos, bueno, seguimos alquilando, pero en ese momento fue duro (...) y era pedir plata, pedir plata para pagar el alquiler, a quien pudiera, a todo el mundo, a hermanos, primos, amigos, cuñados, suegro, suegra, a todo el mundo para pagar el alquiler. Así fueron los primeros dos o tres meses, hasta cobrar (Karen, comunicación personal, 2019).

Asimismo, en algunos casos, la posibilidad de contar con la PTC-Tuberculosis permitió a las unidades domésticas recuperar el espacio físico donde habitaban. Para algunas familias dentro del estudio, los espacios de habitabilidad habían sido perdidos y/o deteriorados considerablemente a partir del malestar físico y la aparición de la enfermedad, por lo que el recurso monetario habilitó a la transformación y mejora de las estrategias vinculadas a la configuración de la vivienda.

Con la ayuda que recibimos armamos de nuevo la casa, compramos las cosas, porque cuando vinimos de Perú la casa estaba vacía (...) La casa es nuestra sí, le dejamos la casa a un hermano que la cuidara, cuando volvimos, cuando salió, se llevó lo que tenía y nos dejó la casa, y bueno, lo que él ganaba, lo que él sacaba en la semana, era para la comida y lo que yo recibía de la ayuda económica nos servía para empezar los arreglos de la casa, después con la de tuberculosis pudimos hacer el cuarto de los chicos, bah, ya lo teníamos hecho, lo que hicimos fue revocarlo, ponerle el fino, pintarlo, poner cerámico, poner las luces. Todo el dinero que recibimos lo pudimos aprovechar para la casa, cosas nos faltaron, ¿no? pero bueno (Marta, comunicación personal, 2019).

Cuando cobré por primera vez, fui y me compré una cama para mí, porque hasta ahí estaba con mis hermanos, pero como dormía con mi hija, y tenía que estar en aislamiento, me compré una cama para mí, y ahí me aislaron...hasta ahí mi hija dormía conmigo, después con mi mamá, después le compré su cama. Cuando cobré el segundo plan con la González [médica tratante], ahí me pude hacer la pieza y me mudé, hice las cosas y me compré cama, todo para mí y para mi hija. Me dijeron que mi hija tenía que tener aislamiento, así que me compré cama para ella y armamos la pieza (Florencia, comunicación personal, 2019).

En este sentido, se puede comprender que en contextos donde la supervivencia y la resolución de necesidades está mercantilizada y depende, como se mostró en la caracterización de los sujetos, de empleos informales en su mayoría, la aparición de la enfermedad aparece como una ruptura determinante en la vida cotidiana de las familias. Estas rupturas bien podrían comprenderse como los nudos conceptualizados por Lera et al. (2007), en tanto se enmarcan en una trayectoria de organización familiar, pero constituyen momentos centrales que exigen reacomodar estrategias y prácticas. La imposibilidad previa de planificar gastos y crear dispositivos de ahorros pone a las unidades domésticas en una condición de vulnerabilidad habitacional que, en algunos casos, implica perder el centro de vida y/o los recursos materiales con los que se contaba al interior de las viviendas.

Con la enfermedad perdí muchas cosas, que me costaron, y que fui recuperando muy de a poquito, cosas materiales, ¿no? La heladera, la cocina, en ese momento no tenía quien me las cuidara, entonces donde yo alquilaba, como no había pagado durante dos meses, se quedaron con todo. Cuando salí de acá, fui y traté de sacar algo, las camas, las camas de los chicos saqué, porque bueno, las necesitábamos, pero a otras cosas las dejé, las tuve que dejar porque se debía, la heladera, la cocina, el microondas, el secarropa, cosas que me habían costado mucho, pero bueno, tenía que pagar lo que debíamos (Karen, comunicación personal, 2019).

El recurso económico de la transferencia formal se introduce en la organización cotidiana como una posibilidad de recuperación de esas condiciones de vida previas a la aparición de la Tuberculosis. Si bien la PTC-Tuberculosis se contempla como un recurso asignado a las personas desde el primer día de cumplimiento del tratamiento supervisado establecido como condicionalidad, los/as titulares entrevistados/as refieren una demora de, al menos, un mes desde la primera entrevista con la División de Trabajo Social y el inicio de la prestación. De esta forma, este momento de alivio y/o mejora de las condiciones de vida previas a la enfermedad no es simultáneo a la incorporación al programa, sino cercano al segundo mes de tratamiento. Dentro de este proceso de recuperación y mejora, nuevamente, se priorizan las necesidades de los/as niños/as miembros de las familias.

Toda la plata está invertida en mi pieza, en mi casa, en los muebles, porque yo no tenía nada, y tenía ganas de mudarme, porque yo ya tengo hija, ahora ya tengo hija, entonces lo que yo tenga que comprarme o me quiera comprar, lo tengo que hacer para mi hija, así que me tenía que mudar, y no tenía nada. Pero invertimos todo y ahora ya está (Florencia, comunicación personal, 2019).

Cuando me mejoré estuve como un año con ella, empecé a cuidar a esa nona los fines de semana, así que estuve unos meses hasta que junté y le dije “me voy a ir a alquilar algo, aunque sea algo chiquito”. Y ella me decía ‘pero negra, ¿vos estás bien? Quedate’ Pero no, yo ya quería dejar de cargar, ella tiene sus hijos, sus nietos, aparte mis hijos ya querían su espacio, así que fui y me alquilé un garaje (Karen, comunicación personal, 2019).

En síntesis, se puede comprender, primero, que la aparición de la tuberculosis significa para las unidades domésticas una ruptura clara en la organización habitacional y en la trayectoria familiar. Al mismo tiempo, este suceso dispone a sus miembros a desarrollar estrategias diferentes, ya sea solicitar colaboración para solventar el pago del alquiler, forzando mudanzas a viviendas familiares o de amistades o, incluso, regresando a un centro de vida anterior en la trayectoria familiar.

En segundo lugar, la disponibilidad del recurso económico facilita una readecuación y mejora de estas estrategias, ya sea fortaleciendo las viviendas originales, en las que las familias deciden ampliar habitaciones, mejorar paredes y techos, construir un baño, amoblando espacios nuevos, adquiriendo camas, roperos, instalación eléctrica, o permitiendo la autonomía familiar y la instalación en un espacio nuevo. Cualquiera sea la decisión que tomen las familias en cuanto a sus condiciones de habitabilidad, se prioriza de manera continua la resolución de necesidades de los/las niños/as de las viviendas.

1.2- Significados compartidos en torno al consumo

Retomando la propuesta teórica de García Canclini (1999), se observa que las prácticas de consumo analizadas en los apartados anteriores pueden comprenderse como una práctica sociocultural. Esta práctica no sólo habilita la satisfacción de necesidades mediante la resolución de una carencia, sino que, también, construye identidades y significados a partir de los modos en que las unidades domésticas decidan organizar el acceso a bienes y servicios.

En este sentido, en el apartado que sigue se presenta el análisis vinculado a los significados construidos y compartidos en torno al consumo en relación a la PTC-Tuberculosis. Una primera lectura que puede proponerse es la del consumo como habilitación para cumplir con las indicaciones del equipo médico y, así, aportar al proceso de recuperación. Este elemento se retomará, también, en el análisis de capitales culturales y sociales. Al respecto, Gastón expresa que:

Después, muy por ahí, compraba ropa, a veces salía, pero lo primero primero era la comida, yo sabía que antes de la salida tenía que tener la comida para la semana, porque lo que me pedían que comiera era muy caro y con lo del trabajo no me alcanzaba (Gastón, comunicación personal, 2019).

Se identifica continuamente que la pérdida de peso apareció como un indicador claro y visible de la presencia de la enfermedad, y que las indicaciones brindadas por el personal médico no podían ser abordadas por las unidades domésticas en tanto no se ampliaran los recursos monetarios disponibles. En este sentido, el acceso a la alimentación de manera autónoma y planificada permitió no sólo la supervivencia en términos nutricionales, sino también, concretar una práctica estrechamente vinculada a la noción del autocuidado y la participación en el proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado.

Una dinámica similar se dio en relación a las condiciones habitacionales. Las indicaciones recibidas por las unidades domésticas por parte del equipo de salud del Hospital Rawson incluían, en todos los casos, la sugerencia de habilitar dentro de la vivienda un espacio con condiciones óptimas de habitabilidad, no sólo para propiciar la recuperación, sino también para disminuir las posibilidades de contagio. La importancia otorgada a mejorar las condiciones habitacionales por los sujetos se puede identificar en el siguiente testimonio:

Sí, y la casa estaba mal, mal, mal, muy mal, le faltaba todo, tenía solamente ladrillo, no tenía piso, no tenía nada y eso fue horrible, mucho más aún cuando la doctora me dijo que tenía que tener un espacio para mí, un lugar donde no haya humedad, donde no haya esto, lo otro, y claro, no sabíamos cómo íbamos a hacer, porque ya mi marido me había dicho, "bueno, ya vemos", y mi hermana me había ofrecido, ella tiene la casa bastante bien, un cuarto, y yo ya me iba a ir para allá. Pero al mismo tiempo no quería, porque con quién se iban a quedar mis hijos, mi hermana solamente me iba a querer a mí, no quería recibirnos a todos, yo estoy con los chicos, y bueno, yo pensaba que era por mi salud, yo estaba dispuesta a hacerlo, pero por otro lado me agarró la nostalgia, no sabía qué hacer con los chicos, aparte

era hacerles perder, muchas veces les hice perder cuando yo me sentía mal, no los podía llevar a la escuela, y no podía molestar a nadie, entonces les hacía perder días, tanto del jardín, de la escuela, y era estar nosotros tres ahí en casa, esperando que mi marido llegue, y no mucho más (Marta, comunicación personal, 2019).

En este sentido, la posibilidad de contar con el recurso de la PTC-Tuberculosis permitió generar ciertos consumos que eran percibidos por las unidades domésticas como prácticas de cuidado. Estas prácticas no sólo se dirigían hacia la persona enferma, sino que también constituían una expresión de mutuo cuidado con el resto de los miembros de las familias. Esto resulta coherente con los aportes de Ceminari y Stolkiner (2018), quienes definían al cuidado dentro del proceso de salud como una actividad que tanto incluía el cuidado propio, en este caso vinculado a la necesidad de recuperarse de la tuberculosis, como la relación interpersonal de cuidado, en este caso, expresada en las intenciones de mejorar las condiciones habitacionales para prevenir la enfermedad en otros miembros de la familia.

De esta forma, en esta dimensión se puede comprender, también, la propuesta de Domínguez Mon (2018) en torno al cuidado no como una práctica individual y privada, sino como un proceso donde necesariamente se involucra a otros/as, que se constituyen como destinatarios del cuidado. En este caso, tal como planteaba la autora, la organización del cuidado se encuentra mediada y atravesada por mandatos de género (Domínguez Mon, 2015), lo que permite comprender cómo las titulares de la prestación priorizan, en la resolución de todas las necesidades familiares, el bienestar de niños/as del hogar, mientras que las transformaciones enunciadas por los varones titulares contemplan en menor medida el cuidado de otros/as y refieren, mayoritariamente, a prácticas individuales:

Te digo la verdad, no recuerdo haberme comprado algo para mí, y si no recuerdo es porque no, porque yo estaba más pendiente de la casa, quería estar bien en la casa, esa era mi prioridad, más allá de estar bien y hacer el tratamiento, mi prioridad era esa, para que los chicos estén bien y no tengan de acá en adelante otra enfermedad, ni nada, que estén bien, por la humedad y todo eso (Marta, comunicación personal, 2019).

En segundo lugar, en coherencia con lo analizado en el apartado anterior, se puede comprender que la disponibilidad de la transferencia económica significó para las unidades domésticas la posibilidad de repensar los consumos fuera de lo urgente. La transformación en las estrategias de consumo permitió construir dinámicas de organización familiar donde era posible planificar los gastos, la alimentación, las salidas recreativas y hasta las transformaciones habitacionales.

Y bueno, devolver, estábamos endeudados, con familiares, gente conocida, que sabían la situación económica en la que estábamos, y les decíamos che, ni bien cobremos yo sé que te tengo que devolver, y ellos sí, no hay drama, ellos sabían, entonces cuando cobramos les devolvimos todo. Nos quedamos con unas monedas como para pasear, y después devolver, devolver, devolver. Después nos quedamos sin una moneda, obviamente, pero también nos quedamos sin deudas que era lo importante en ese momento (Julieta, comunicación personal, 2019).

Las unidades domésticas incorporadas en el estudio atravesaron un proceso de empobrecimiento que acrecentó la necesidad de pensar la supervivencia día a día y apelar a mecanismos identificados como subsidiarios para la resolución de necesidades. Tal como se presentó en el capítulo anterior, esta transformación se dio en escenarios familiares que, aún antes de la enfermedad, estaban signados por condiciones de pobreza. En ese sentido, la irrupción de la tuberculosis representó una ruptura que precarizó todavía más las condiciones de vida de las familias involucradas.

En este escenario, contar con la disponibilidad de dinero en efectivo, en un monto fijo, por un tiempo estipulado, proveniente de la PTC- Tuberculosis no sólo permitió resolver las deudas contraídas, sino también, crear nuevas pautas de consumo. Esto implicó una transformación en las estrategias de reproducción, que no se orientaron solamente, en este momento, a sostener las condiciones de vida, sino también, a mejorarlas y ampliar los capitales disponibles para la reproducción cotidiana (Gutiérrez, 2007). Entre estas estrategias se destaca, primordialmente, la planificación y, eventualmente, el ahorro.

Y tener otra plata, catorce mil pesos más al mes, o sea, para nosotros es mucha plata, más los ocho mil pesos que cobra mi mujer, este mes, el mes que viene ya voy y pongo la puerta, la ventana, empiezo a hacer el piso, el baño, ¿me entendés? (...) Uf, un montón, y aparte todavía nos queda, todavía nos falta, no te digo que lo que nos queda sea justamente de los catorce mil pero nos pudimos organizar de otro modo (Agustín, comunicación personal, 2019).

Ahora tengo la plata y compro en el súper, compro para todo el mes, antes hacíamos compras del día, en el barrio, ahora con la ayuda más la tarjetita social que tengo de mil pesos, compramos (...) Claro, el alimento, el alimento, ahora no les falta, no tengo que andar saliendo a las corridas para comprar un aceite porque sé que abro la alacena de ellos y ahí tengo guardado todo (María, comunicación personal, 2019).

Les hago la cena, antes no podía llenar la alacena, ahora la lleno para que tengan para todo el mes mercadería, porque comprar en el barrio es caro, un kilo de azúcar sale cincuenta pesos (María, comunicación personal, 2019).

Por último, se identifica un tercer patrón en cuanto a la significación de los consumos vinculado a la posibilidad de acceder a bienes o servicios que a lo largo de toda la trayectoria familiar habían sido negados. De esta forma, el acceso a ciertos bienes constituyó para las unidades domésticas la posibilidad de identificarse con un grupo social con posibilidades mayores de consumir bienes y servicios a través del mercado.

Ah, y nos fuimos de vacaciones. Nos fuimos de vacaciones a Calamuchita, que antes no habíamos podido y otro día fuimos a Mina Clavero y a Cura Brochero, que sin la ayuda económica no hubiéramos podido, era ir y pasar el día, antes no podíamos (Julieta, comunicación personal, 2019)

En este sentido, se observan consumos nuevos vinculados, principalmente, al plano recreativo. Esto se expresa en la posibilidad de habilitar un espacio de descanso, de participar en prácticas turísticas y, también, de consumir alimentos que, por su valor en el

mercado, no eran accesibles anteriormente. Una dinámica similar acciona consumos en la dimensión habitacional, tal como se puede identificar en los siguientes testimonios:

Tengo una sola pieza, así que estoy haciendo la división para que cada cual tenga su espacio, su pieza, el Exequiel su pieza, yo y mi marido la otra, he arreglado la cocina, bueno, el piso (María, comunicación personal, 2019).

Sí, sí, yo le dije a la Jose [trabajadora social] que a veces mis hijos van a algún lado y se entran al baño, y como no están acostumbrados ni al bidet ni a la piletita de lavarse la cara, porque no lo tenemos, ellos van y se internan en el baño, para ellos es un paraíso, ¿me entendés? (Agustín, comunicación personal, 2019).

Un montón, un montón, los chicos están chochos porque van a tener su división, van a tener sus piezas, bueno, a mí me ayuda mucho, ahora esta época en febrero que empiezan el secundario, empiezan antes, tengo que comprar todos los útiles, les compro ropa, les compro para el asado (María, comunicación personal, 2019).

Se puede comprender, entonces, que la posibilidad de mejorar las condiciones de las viviendas no sólo permitió su resolución material, evitar el hacinamiento, la humedad, las condiciones insalubres de eliminación de desechos, sino que también, habilitó un sentido de pertenencia y de bienestar vinculado al hábitat. Como se mencionó anteriormente, mejorar las condiciones habitacionales implicó una práctica de autocuidado, una práctica de cuidado para la niñez y también, una práctica de acumulación de capital social y simbólico para las familias: ampliar o mejorar la vivienda significa fortalecer la intimidad, garantizar que cada uno/a tenga un espacio propio para dormir y acceder, en las viviendas, a bienes que son considerados un consumo de lujo en otros espacios, como, por ejemplo, el baño.

En coherencia con los aportes de García Canclini (1999), se puede entender, entonces, que las prácticas de consumo de estas unidades domésticas están claramente atravesadas por discursos que les otorgan, o no, la categoría de legitimidad. Los miembros de las familias priorizan aquellas necesidades que pueden vincularse de manera directa con el cuidado de la salud: el fortalecimiento de la alimentación y las mejoras habitacionales.

Al respecto, es pertinente retomar los aportes de Hornes (2014), quien afirma que el uso del dinero proveniente de transferencias condicionadas, no sólo conforma un modo de intercambio despersonalizado, sino que tiene anclaje en dimensiones sociales y morales. El origen estatal del recurso, para el autor, subvierte o, al menos, modifica los significados del uso del dinero ordinario o rutinario al interior de las familias. En este caso, se puede inferir que lo que subyace en la priorización de prácticas identificadas con el cuidado de la salud, como la mejora de la alimentación y del hábitat, en detrimento de su uso vinculado a la recreación o al tiempo libre, es la noción de que el dinero percibido proviene del campo de la salud y, por lo tanto, su “buen uso” es aquel orientado a la superación y/o tratamiento de la enfermedad.

El autor también sostiene que, dentro de estos usos morales del dinero, aparecen entrelazadas construcciones sociales de género. Propone la categoría de la construcción sexuada de la moneda, donde se percibe que cuando las destinatarias de este dinero son

mujeres, operan mecanismos que naturalizan ciertos mandatos de género. En este caso, se evidencia claramente el mandato del cuidado de la infancia en todas las dimensiones presentadas, lo que puede explicarse con la predominancia de mujeres madres en las entrevistas y conjugarse con los datos presentados en el capítulo n° 4, vinculados al trabajo intradoméstico y las unidades monoparentales donde la jefatura es, predominantemente, femenina.

1.3- Dinámica intradoméstica de toma de decisiones en el acceso a bienes y servicios

Un último punto a analizar en relación a los consumos está vinculado a la manera en la que las unidades domésticas toman las decisiones y orientan sus prácticas. Este aspecto es relevante en tanto en este estudio se partió de comprender a la institución familiar como una organización, donde se ponen en juego, no sólo vínculos familiares y afectivos, sino también, intereses contrapuestos, mandatos de género, generación y diversos sistemas de autoridad. De esta forma, se torna necesario detenerse en un análisis centrado en los intereses que se dirimen, así como también las dinámicas de conflicto y consenso (Jelin, 2017).

El primer análisis que surge en torno a esta dimensión de las estrategias de reproducción se vincula a la falta de rupturas evidentes en cuanto a la organización previa. Se mantiene cierta continuidad en torno a las dinámicas de toma de decisiones, tanto si se valora como hito la aparición de la tuberculosis como la disponibilidad de la transferencia formal.

No, las decisiones continuaron igual, nosotros teníamos una misma lógica, cada uno tenía lo suyo y listo, cuando gastábamos algo para la casa entre los dos. Y sí, esos meses pudimos guardar un poco más, pero la organización fue igual, tratábamos de guardar porque sabíamos que más adelante era "hay que comprarle algo al ángel", "hay que comprarle un pantalón al ángel", "hay que comprar esto para la escuela" entonces tratábamos de guardar (Julieta, comunicación personal, 2019).

En líneas generales, las unidades domésticas que socializaban los recursos monetarios disponibles entre los/as adultos/as de la vivienda, la toma de decisiones y el establecimiento de prioridades, lo continuaron haciendo. Esta lógica se pudo identificar tanto en momentos de necesario ajuste como a la hora de disponer de mayor cantidad de dinero. Lo mismo sucede en aquellas donde quien administra y organiza los gastos es una sola persona.

Por otro lado, se pueden identificar dos patrones que orientan la toma de decisiones en cuanto al acceso a bienes y servicios en las unidades domésticas. Por un lado, frente a la posibilidad de disponer de un monto de dinero mensual y, al salir de una situación de emergencia, se observa una tendencia hacia una mayor planificación, sobre todo con el objetivo de garantizar mejoras habitacionales. Los siguientes testimonios permiten dar cuenta de este criterio:

Claro, era algo definido ya (...) pero antes no alcanzamos. No nos daba el bolsillo para eso, no podíamos ahorrar, este año no ahorramos nada, nada, nada, por eso mismo estoy yendo a trabajar ahí (Agustín, comunicación personal, 2019).

Para nosotros fue un alivio, viste, a pesar de la situación en que estábamos, lo que estábamos pasando, fue un alivio. Aparte ya teníamos pensado para qué y en qué lo íbamos a gastar, a los primeros meses a la plata no la disfrutamos nada, a la plata ya la teníamos distribuida, ya lo habíamos pensado de antes, porque era para inversión de la casa (Julieta, comunicación personal, 2019)

La decisión de planificar y organizar los gastos aparece como una estrategia económica doméstica que permite dar respuesta a necesidades que, previamente, no podían priorizarse. Se puede comprender que la posibilidad de contar con un ingreso fijo y mensual amplía las alternativas de resolución y marca una ruptura con la organización diaria de los gastos, previa a la aparición de la tuberculosis y, sobre todo, a la percepción de la PTC-Tuberculosis.

En segundo lugar, se identifica claramente, como se explicitó en los apartados anteriores, un segundo patrón que orienta todas las decisiones: la centralidad de las necesidades de la niñez hacia el interior de las unidades domésticas. Esto se puede observar en todas las dimensiones analizadas: alimentación, educación, vestimenta, recreación y hábitat y se puede identificar como una práctica continua, es decir, que orienta en general las estrategias de reproducción, independientemente del momento de salud y/o económico que las unidades domésticas estén atravesando. Sin embargo, cuando los/as adultos/as se encuentran frente a la necesidad de ajustar y/o reducir el acceso a bienes y consumos, lo que priorizan, en todos los casos, es la resolución de necesidades de los/as niños/as.

Asimismo, la figura de la mujer adulta responsable del cuidado¹⁷ aparece como central a la hora de analizar la toma de decisiones. Todas las mujeres que formaron parte del estudio explicitaron a lo largo de sus testimonios la necesidad de priorizar los consumos para los/as niños/as de la vivienda, ya sea como administradoras principales de los recursos monetarios o compartiendo con sus parejas la tarea.

Resulta interesante leer este elemento a la luz de los aportes de Rodríguez Enríquez (2011), quien señalaba cómo, en ciertas ocasiones, las PTC operaban como dispositivos que fortalecen los mandatos de género y las divisiones de tareas en el hogar, donde las mujeres asumen, principalmente, las tareas de administración y organización del dinero. En este caso, se puede reconocer cómo las titulares de la PTC-Tuberculosis en sus testimonios negaron priorizarse a sí mismas a la hora de comprar bienes, sobre todo aquellos vinculados a recreación, vestimenta y/o educación.

Por el contrario, los titulares de la PTC-Tuberculosis varones consultados, refirieron ser administradores principales de la prestación y continuar con una lógica individual a la

¹⁷ Este análisis se desarrolla con mayor profundidad en los apartados siguientes de Mundo del trabajo y Trabajo de Cuidados.

hora de tomar decisiones en torno a la compra de bienes en el mercado. De esta forma, en esta dimensión también se puede comprender la categoría de Hornes (2014) en torno a la construcción sexuada de la moneda, donde los mandatos de género operan construyendo formas legítimas de administrar y priorizar los gastos y donde la figura femenina responsable del cuidado es quien, primordialmente, antepone la resolución del bienestar de sus hijos/as.

2. Mundo del trabajo

En el siguiente apartado se presentan el análisis vinculado a las continuidades y transformaciones en el mundo del trabajo de las unidades domésticas que conformaron el estudio. Como se anticipó, para analizar al mundo del trabajo se tuvieron en cuenta los aportes de Aquín et al. (2014), quienes proponen recorte conceptual en base a identificar dos lógicas de trabajo: el trabajo como dispositivo de generación de ingresos y el trabajo como dispositivo de cuidados no remunerado. A estos aportes se sumó la propuesta de Carrasco et al. (2011) en relación al trabajo extrahogareño, como aquel conjunto de tareas comunitarias que son necesarias para el crecimiento de las personas y el sostenimiento de la vida que, si bien no responden a la lógica de acumulación, sino que se vinculan a procesos organizativos y prácticas solidarias, se incluyen en este apartado en tanto para las unidades domésticas sí constituyen un dispositivo generador de ingresos monetarios.

2.1- El trabajo como dispositivo generador de ingresos

En coherencia con lo analizado en el capítulo n°4, los miembros de las unidades domésticas que conforman este estudio se dedican en su totalidad al empleo informal. Sólo en una de las organizaciones familiares había un miembro ocupado en el mercado formal de empleo, en el rubro administrativo municipal. De manera más específica, se identificaron dos unidades domésticas donde las mujeres realizan tareas comunitarias remuneradas en comedores o copas de leche, dos unidades domésticas donde el principal sostén lo constituyen tareas de construcción y albañilería, dos de venta ambulante y una de trabajo doméstico y de cuidado extrahogareño.

En cuanto a las condiciones laborales, se identificó que tanto las tareas comunitarias, como el trabajo doméstico y la venta ambulante presentaban dinámicas particulares y similares. Estos empleos se caracterizaban, primordialmente, por jornadas extensas que se repetían dos o tres veces a la semana, mientras que las tareas de construcción aparecían como un trabajo que, dentro de la informalidad, conservaba mayor estabilidad y horarios fijos.

El tema del trabajo, yo hoy en día no consigo, es todo escaso, lo que conseguí me queda muy lejos, muy lejos de casa, por Valle Escondido, y bueno, por ese motivo, sigo en casa, ayudo a mi marido, pero desde casa, con las tareas de la casa. Por ahí si mi hermana me dice 'la señora quiere que vengas a hacerle la limpieza', voy" (Marta, comunicación personal, 2019).

Siempre me agarró trabajando, la primera vez tenía no me acuerdo cuántas, pero como diez casas, siempre tuve esa suerte, que me llaman de todos lados, no tengo la suerte de tener dinero, pero siempre tengo trabajo, cuando los chicos eran chicos yo trabajaba con una máquina de coser, hacía cosas, con las maestras de los chicos, las vecinas, me traían arreglos, porque no los podía dejar solos, trabajaba día y noche en mi casa. Y después, ya cuando fueron más grandes, empecé con las casas, empecé con una nona, la cuidaba, le limpiaba la casa, y después bueno, con la gente de la cuadra, que pasaba y me decían, si podía limpiar, y eso (Karen, comunicación personal, 2019).

Se puede comprender, entonces, que los grupos familiares involucrados constituyen una población que no accede, en líneas generales, al mercado laboral formal. De esta manera tampoco son titulares de los derechos laborales que dependen de esa inserción: vacaciones, licencias pagas, ingresos fijos, paritarias, aportes para la previsión social, obras sociales, entre otros. Estas características de las trayectorias vinculadas al empleo van ser fundamentales, luego, para analizar las transformaciones en el proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado.

Sin embargo, también puede analizarse que, hacia dentro de esta informalidad laboral, quienes presentan condiciones más precarias de trabajo son aquellas mujeres que se dedican al trabajo doméstico extrahogareño y quienes llevan a cabo ventas ambulantes. De acuerdo a los aportes de Rodríguez Enríquez (2011) y Pautassi (2009), en este punto se puede reconocer cómo el proceso de feminización de la pobreza se encuentra atravesado por desigualdades estructurales que sufren las mujeres en sus posibilidades de inserción laboral. En el caso de este estudio, estas desigualdades pueden observarse, en el grupo de trabajadoras domésticas, en la diversificación de tareas realizadas, que incluye desde limpieza hasta cocina, cuidado de niños y adultos/as mayores, arreglos de ropa, entre otros; en la incertidumbre en la cantidad de trabajo y la frecuencia de contratación y, por supuesto, en la fluctuación de ingresos. En el grupo de vendedoras ambulantes pueden sumarse, también, las jornadas extensas de trabajo en la calle, el esfuerzo físico empleado y la incertidumbre en la generación de dinero diario.

En este escenario, se observaron algunos patrones de modificación en cuanto a la inserción laboral, al igual que en el apartado anterior en dos momentos claves. En primer lugar, al inicio del malestar físico, diagnóstico y comienzos del tratamiento y, luego, a partir del acceso a la transferencia económica.

La primera modificación común identificada en el mundo del trabajo, tiene que ver con la solicitud de permisos y/o excepciones, ya sea por el malestar físico o para el acceso a la atención sanitaria. Esto resulta interesante en tanto, a pesar de la informalidad laboral presentada y la falta de seguridad social y derechos laborales, se mantiene una lógica en el vínculo laboral orientada por las exigencias de cumplir horarios y solicitar permisos, tal como se concibe el mercado laboral formal.

Cuando me enfermé fue así, las primeras dos semanas que tomé medicación dejé, porque me sentía mal, me dieron los días. Después como la medicación me hacía

mal me dieron inyecciones, me ponían inyecciones, y ahí ya estaba mejor y volví (Gastón, comunicación personal, 2019).

Asimismo, estos permisos y/o excepciones no sólo afectaron a los miembros de las unidades domésticas que estaban atravesando el momento del diagnóstico. Nuevamente en este punto puede reconocerse la pertinencia de la conceptualización propuesta por Domínguez Mon (2018) en relación al cuidado como un proceso interpersonal. En este caso, la necesidad de permisos para cuidar a quien se encontraba enfermo/a constituyó un obstáculo al que también debieron enfrentarse otros/as adultos/as de las familias que asumieron la tarea de acompañar a los turnos médicos y/o la supervisión de la toma de medicación.

Claro, sí, para él acompañarme aquí esos días tuvo que pedir permisos, irse antes, pedía permiso, permiso (...) No, él ya me dejó de acompañar cuando yo me empecé a valer, a sentirme mejor, a valerme sola. Como a los cuatro meses, que ya tomaba menos pastillas, entonces ahí empecé a tomar un poco más de fuerzas y ahí ya lo dejé de molestar, y empecé a venirme sola. Pero por ahí el colectivo mismo, viste, la distancia es mucha, entonces yo me tomaba el colectivo, me bajaba en el centro y de ahí me tomaba un taxi para poder llegar, y lo mismo para irme, el mismo recorrido (Marta, comunicación personal, 2019).

Se puede analizar que, frente a la informalidad laboral, solicitar a otro miembro de la familia compañía, o cuidado, es vivido por las personas diagnosticadas como una molestia o una sobrecarga. Son pertinentes en este punto los aportes de Pautassi (2009), quien planteaba que, frente a la ausencia de políticas estatales que garanticen las prácticas de cuidado, este se organiza, hacia el interior de los hogares, en condiciones de desigualdad y mediado por las posibilidades que cada organización familiar disponga. En este caso, frente a la informalidad y fragilidad de las relaciones laborales, el pedido de compañía y cuidado constituye una modificación en las estrategias de reproducción que se evita y se revierte lo más pronto posible.

Y ahí él ya trabajaba más a la tarde, o los fines de semana, me daba la pastilla temprano antes de irse, ahí tenía menos changas, no era tan seguido, dependía, dependía de las changas, pero se organizaba porque él firmaba (...) ahora él trabaja con mi hermano el más chico, en el baile, desde ese mes, que iba al centro de salud conmigo, y cuando trabajaba a la tarde, comía, me llevaba al dispensario y después se iba a trabajar (Florencia, comunicación personal, 2019).

Por otro lado, aquí aparecen rupturas vinculadas a los permisos y/o excepciones laborales de acuerdo a las condicionalidades establecidas por la transferencia económica. En este punto, son pertinentes los aportes a la discusión planteados por Rodríguez Enríquez (2011), quien recupera la importancia del grado de punitivismo que caracteriza a las condicionalidades, como un elemento central para analizar este tipo de políticas sociales.

En este caso, es necesario recordar que, para el cobro de la PTC se exige como requisito asistir diariamente a una institución de salud a tomar la medicación de manera supervisada. Es decir, se trata de una condicionalidad que exige una práctica diaria y

permanente durante el tiempo que dure el tratamiento, que, frente a su incumplimiento, puede justificar la suspensión de la prestación. El testimonio permite reconocer cómo la exigibilidad planteada por el equipo de salud implicó modificaciones en el mundo del trabajo, no sólo de la persona con el diagnóstico, sino también del resto de los miembros adultos de la unidad doméstica. Esta exigibilidad es vivida en términos de disyuntiva, de contradicción, en tanto las familias deben solventar más gastos, en este caso el transporte, y disponen de menos tiempo para ofrecer su fuerza laboral en el mercado. De esta forma, en este caso, la condicionalidad marcó una ruptura permanente en la organización laboral de la unidad doméstica.

Un segundo patrón o elemento en común tiene que ver con la pérdida del empleo. Este mecanismo se observa, primordialmente, en los miembros de las unidades domésticas que se encontraban iniciando su tratamiento.

Bueno sí, sí, estuve mucho tiempo, como un mes y algo sin trabajar después de la operación, porque eso no cerraba así nomás (Agustín, comunicación personal, 2019).

No me quedó otra, si no podía caminar, no podía hacer fuerza, tuve que renunciar directamente. Después al tiempo, cuando ya estaba mejor, volví a hablar y me volvieron a contratar, pero estuve más o menos ocho, nueve meses sin trabajar, casi un año, fácil, porque no se podía, no podía hacer fuerza, y sin eso no pude hacer nada (Julieta, comunicación personal, 2019).

Un primer motivo de la pérdida del empleo se identifica con el malestar físico y la falta de fuerza corporal para llevar a cabo las tareas. Si bien se puede partir de asumir que un acontecimiento de enfermedad en la trayectoria laboral de un individuo implica, en líneas generales, la necesidad de suspender parcial o definitivamente el desempeño diario, esto se acrecienta en las unidades domésticas del estudio si se recuerda que sus miembros desempeñan tareas donde el esfuerzo físico es primordial.

Y cuando me trajeron y me internaron acá, bueno, ya está, los perdí a esos trabajos, y como no eran trabajos en blanco, directamente los perdí. Una a veces los acepta así porque necesita trabajar todos los días (Karen, comunicación personal, 2019).

Un segundo motivo de la salida laboral aparece vinculado la dificultad para organizar los horarios y la dinámica familiar para asistir a los turnos médicos o, incluso, por internaciones prolongadas que desestimaron por completo la posibilidad de continuar trabajando. Asimismo, en el caso de las unidades domésticas donde había más de un miembro enfermo, se refuerza, con la salida del trabajo o la disminución de las horas o jornadas, el rol de cuidado que ocupan las mujeres adultas dentro la organización familiar y la sobrecarga de trabajo que esta situación de salud implica para ellas. Tal como planteaban Pautassi, Arcidiácono y Straschnoy (2014) la inmutabilidad de la división sexual del trabajo representa, no sólo una sobrecarga producida por la tensión entre trabajo productivo y reproductivo, sino también posibilidades diferenciales de resolución de acuerdo a los estratos socioeconómicos. El testimonio que sigue permite reconocer esta tensión:

No, yo siempre he sido muy de no quedarme, he trabajado con papera, he trabajado con varicela, he trabajado siempre, desde los cinco años, somos gitanas, así que estamos acostumbrados a trabajar de chicos, pero bueno, siempre he trabajado, hasta con fiebre he salido a trabajar (...) Yo siempre fui la cuidadora, mi marido sale a vender viste, por ahí, porque antes salía todos los días a vender, pero bueno, con este tema mermaba a tres veces por semana porque me agitaba mucho, estaba más cansada (...) Sí, sí, dejé definitivamente cuando el Exequiel estuvo muy enfermo, yo me quedaba en casa a cuidarlo y salía mi marido (María, comunicación personal, 2019).

Por último, la salida del trabajo se expresa motivada por el carácter contagioso de la tuberculosis pulmonar. Si bien inciden los dos motivos descriptos anteriormente, en los relatos prevalece también la noción de cuidar a las personas que asisten a los mismos espacios laborales.

Cuando me enfermé, tuve que hablar con mi patrón, le tuve que explicar qué era lo que yo tenía, y bueno, él me dijo “si vos tenés eso fijate porque viste que nosotros trabajamos en lugares cerrados, no te va a quedar otra que quedarte en tu casa (Julieta, comunicación personal, 2019).

En este punto resulta interesante cómo las unidades domésticas identifican la salida del mundo laboral como una práctica de cuidado hacia los/as otros/as, práctica que también se acompaña con una sugerencia en torno al acceso sanitario o con la socialización de saberes vinculados a la tuberculosis. También, es llamativo cómo para aquellas familias que estaban insertas en tareas comunitarias remuneradas, la salida laboral no implicó el recorte del ingreso económico, diferente a las otras formas de empleo, donde no trabajar significaba no contar con el dinero diario y/o mensual. En este punto se evidencia con claridad la distinción conceptual propuesta, en tanto el trabajo en organizaciones territoriales se distingue considerablemente de las lógicas de acumulación y maximización de ganancias que ordenan el mercado laboral capitalista.

El único ingreso era la asignación y lo de la copa de leche, que entre las dos cosas habrán sido tres mil cuatro mil pesos, no era mucho (...) no, no, a eso lo seguimos cobrando, porque les explicamos, no era que dejamos de trabajar porque no teníamos ganas, era por una justificación. Entonces no dejamos de cobrar, porque era una justificación lo que teníamos (Julieta, comunicación personal, 2019).

Aparte eso también nos ayudó, los piqueteros nos daban la mercadería, cuando ellos se enteraron que yo estaba así nos ayudaron. Porque yo iba ahí a los piqueteros, yo iba, pero la que iba a cobrar era mi mujer, porque yo no podía por la pensión, entonces cuando ellos se enteraron que yo estaba enfermo, se apuraron y me dieron la planilla para cobrar (Agustín, comunicación personal, 2019).

En los relatos se evidencia que, además de la relación laboral, subyace una relación solidaria entre las unidades domésticas y los espacios de trabajo comunitarios. Esta relación se diferencia por la predisposición de los otros miembros de las organizaciones para escuchar y comprender los motivos del retiro laboral temporal y, al mismo tiempo,

desplegar estrategias para que la unidad doméstica no perdiera el ingreso económico, como la inserción de otros miembros de la familia a la actividad laboral.

De esta forma, se puede identificar una tercera modificación en las estrategias vinculadas al mundo laboral compartida por las unidades domésticas: la incorporación de otros miembros de la unidad doméstica al mercado de trabajo. Los siguientes relatos dan cuenta de esta transformación:

Sí, sí, cuando el Exequiel estuvo muy enfermo yo me quedaba en casa a cuidarlo y salía mi marido, llegó un momento en que él no se levantaba de la cama entonces lo trajimos (...) como él ya no sale a trabajar casi nunca, y yo tengo tres criaturas, por ahí mi marido sale, yo por ahí no salgo, sale él todos los días, sale el gordo y queda fusilado (María, comunicación personal, 2019).

Y después, pobre, tuvo que remarla. Cuando me internaron ella se tuvo que arreglar, la tuvo que remar, porque ahí sí, era trabajar sí o sí. Consiguió en un bar. Pero tenía que venir a verme a mí y después irse a trabajar, la tuvo difícil, la tuvo que remar. Iba a trabajar, volvía a verme, iba a trabajar. Ahí ya dejó la escuela. No porque yo me haya enfermado, ella ya había hecho dos veces primer año, dos veces segundo, dos veces tercero, así que la dejó, yo la mandé a hacer un acelerado, hizo el primero, segundo año y después ya me enfermé (Karen, comunicación personal, 2019).

Como se pudo leer en los testimonios, esta modificación se produce de dos formas posibles. Por un lado, incorporando a personas que no realizaban tareas remuneradas previa a la aparición de la enfermedad o, por otro, ampliando la cantidad de días y de horas trabajadas de las personas sanas. Esta última dinámica se identificó, sobre todo, en las unidades domésticas que viven de la venta ambulante.

Una vez avanzado el tratamiento y, a medida que los/as adultos/as de las unidades domésticas comienzan a sentirse mejor, se identifica un último patrón de transformación. Este refiere al regreso a la actividad laboral remunerada, como se puede reconocer en el siguiente fragmento.

Y yo volví a trabajar porque ya estaba mejor, justo me llamó el que era mi ex jefe y me dice "me salió esto, ¿cómo estás?" y yo estaba mejor, estaba un poco aburrido (risas) y le dije, y bueno, probemos, ya estoy terminando. Todavía cobrábamos la ayuda económica, pero era mejor que volviera a trabajar, como empezar de a poco, entonces él me daba cosas livianas, de a poco, hasta que volví a arrancar la rutina. Aparte ahí si yo me sentía que no, que no podía, o que estaba muy cansado, le podía decir "che, mirá, no puedo" y bueno, así íbamos acomodando, fui agarrando ritmo de a poco, para que no me haga mal (Julieta, comunicación personal, 2019).

El regreso al trabajo aparece como una decisión paulatina, que no está mediada por la urgencia económica. Por el contrario, esta decisión se toma, en su mayoría, durante los meses de cobro de la transferencia económica.

Sí, sale dos veces por semana, porque el cuerpo de él todavía está muy débil, él estuvo muy, muy mal. Así que bueno, él sale dos veces por semana, bueno, tenemos gracias a Dios la ayuda económica que nos ha dado Jose [trabajadora social] que con eso nos organizamos (María, comunicación personal, 2019).

En este sentido, se puede observar una tendencia hacia la planificación económica y una predisposición a explicitar que el dinero percibido por la PTC-Tuberculosis no suplanta hacia dentro de la organización familiar el ingreso por el trabajo remunerado, pero sí amplía el margen de autonomía en la decisión. Al respecto, Aquín et al. (2014) refiere que la presencia de recursos estatales, dentro de las unidades domésticas que forman parte de la organización social de la pobreza, modifica el mundo del trabajo introduciendo espacios de decisión significativos, como el abandono de tareas definidas por las autoras como penosas o extremadamente precarias. En el caso analizado, este margen de modificaciones puede vislumbrarse en los grados crecientes de autonomía en el que las unidades domésticas deciden reinsertarse en el mercado laboral, de acuerdo a sus procesos de recuperación y cuidado.

Quería ir de vuelta a las tiendas de ropa, porque mi hija va a la guardería, y con la asignación no me alcanza, y esta plata es solo por unos meses, ahora me alcanza, compro pañales, mercadería, pero nada más (Florencia, comunicación personal, 2019).

En esta decisión se observan dos continuidades. Por un lado, se identifica la importancia que tiene para las unidades domésticas el “permiso” o la autorización del equipo médico. En este punto resulta relevante recuperar los aportes de Pautassi, Arcidiácono y Straschnoy (2014) en torno a la figura de autoridad que constituyen los/las profesionales de la salud en la implementación de las PTC. La lectura de las autoras permite comprender cómo, mediante este tipo de dispositivos de atención y asistencia, el rol de los/las médicos/as como actores legítimos para tomar decisiones y brindar indicaciones se fortalece, ya sea para reinsertarse en el mercado laboral o para esperar un tiempo más prolongado:

No, ahora no estoy trabajando, no me dejó todavía la doctora González [médica tratante], me dijo que no (Florencia, comunicación personal, 2019).

Empecé el tratamiento, y el yerno de esta misma señora que falleció, me llamó y me dijo: ¿Norma podés hacer esto? Y empecé con otra nona, en marzo, y el médico me hizo prometer que me iba a cuidar (...) y acepté porque era de noche, el médico me dijo prometeme que te vas a cuidar, y como era de noche, no tenía que hacer esfuerzos con la nonita esta, ella estaba bien, no le gustaba que la cuiden, no tenía que hacer fuerza, así que empecé (Karen, comunicación personal, 2019).

Después pude ahorrar un poco, y me puse un negocio de lavandinas y cosas de limpieza ahí en mi casa, en la casa de mi mamá en realidad, fue en el sexto mes. Y ahí está el negocio, con mi mamá, con eso sacamos para la comida del mediodía, de la noche, y yo me cocino lo de celíacos y comemos todos juntos. El negocio sirve para la comida de todos los días (Florencia, comunicación personal, 2019).

Por otro lado, y, por último, la aparición incipiente de trabajo autogestivo, vinculado a la posibilidad de ahorro. Al respecto, Aquín et Al. (2014) también identifican una modificación similar en la implementación de la AUH, y la relacionan con la capacidad de ahorro que se genera cuando las unidades domésticas pueden disponer de un ingreso fijo con el que proyectar alternativas laborales. Nuevamente, en la configuración de las estrategias opera una transición desde la urgencia hacia la planificación.

2.2- El trabajo feminizado de cuidados

En este apartado se recupera el análisis en torno a las modificaciones en las estrategias de organización del cuidado. Se parte de entender al cuidado como un trabajo no mercantilizado, que se desarrolla principalmente en la domesticidad y que tiene tanto un valor económico como un lugar privilegiado dentro de los procesos de salud de la población (Domínguez Mon, 2017)

En cuanto a la conjunción entre Estado, Familia y Mercado en la organización social del cuidado (Ceminari y Stolkiner, 2018), se puede comprender, inicialmente, que hay una continuidad en la responsabilidad plena de los miembros de las familias en garantizar hacia su interior las tareas de cuidado. En ninguna de las unidades domésticas que conforman este estudio se identificó su resolución mediante dispositivos estatales o mediante su mercantilización, ya sea antes o después del episodio de la tuberculosis dentro de la familia y/o de percibir la PTC-Tuberculosis. Esto resulta coherente con la lectura de Pautassi (2009), quien planteaba que, frente a la ausencia de políticas públicas que resuelvan las necesidades de cuidado, estas se dirimen hacia el interior de las organizaciones familiares y representan, en situaciones de pobreza, un elemento que refuerza aún más las inequidades en la reproducción cotidiana.

Asimismo, se puede identificar otra continuidad vinculada a la existencia de una referente femenina en todas las organizaciones domésticas como principal responsable de las tareas de cuidado. Este punto puede comprenderse a la luz de los aportes de Mendez Dis, Domínguez Mon y Schwarz (2011) quienes refieren que la feminización de los cuidados responde a una lógica patriarcal de la división del trabajo, lógica que construye, simultáneamente, la figura del varón proveedor y de la mujer responsable del cuidado y la reproducción. Estas dinámicas pueden identificarse en los siguientes testimonios:

No, yo lo tengo controlado, yo lo llevo al dispensario conmigo a buscar las pastillas, yo le doy, yo tengo todo, yo me encargo de todo, los horarios, el almuerzo, porque en casa se desayuna, se almuerza, se merienda y se cena a horario, cosa de que el alimento te haga efecto (María, comunicación personal, 2019).

Mi papá pagaba los servicios, mi mamá hacía de comer, y a mí me cocinaban aparte, por el tema de los cubiertos y todo eso, aunque eso fue siempre así, mi mamá siempre es muy pendiente de todo, aparte mi hermano tiene diabetes, entonces siempre ella está pendiente y es la que cocina y hace las compras...yo por ahí cocino, la ayudo a mi mamá, más ahora, pero en ese momento no podía, pero

ahora sí hago algunas cosas, la ayudo, y bueno, mis hermanos a veces limpiaban, la ayudaban a lavar la ropa, a veces la ayudaban (Florencia, comunicación personal, 2019).

Siempre nos dividimos, hace gran parte mi mamá, yo también, mi papá algunas cosas, mis hermanos las suyas...sobre todo mi mamá, pero nos dividimos. Lo que pasa es que yo cuando empecé a tomar la medicación ya me sentía bien, y podía hacer, fue un tiempito nada más, que mi mamá me ayudaba con la comida (Gastón, comunicación personal, 2019).

La figura de la madre adulta como responsable de cuidado es una continuidad que se sostiene en todas las unidades domésticas y en todos los momentos de este proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado. En los testimonios aparecen, en algunos casos, otras figuras en forma de apoyo o ayuda a esa responsable principal, otras mujeres adultas o, en menor medida, varones adultos también.

Este análisis es coherente, en primer lugar, con lo presentado en el capítulo n° 4, donde se podía inferir una feminización de los cuidados a partir de las conformaciones familiares y, en segundo lugar, con la organización del bienestar en Latinoamérica. Al respecto, Martínez Franzoni (2005) refiere que, en la región, la conformación familiar ha asistido en las últimas décadas a significativas modificaciones, disminuyendo la presencia de estructuras tradicionales de familia nuclear y debilitando la figura del varón adulto como único proveedor. Estas modificaciones, sin embargo, no modificaron sustantivamente los patrones de organización del cuidado. La autora afirma que el trabajo doméstico no remunerado continúa casi en su totalidad en manos de las mujeres, y que su paulatina inserción en el mercado laboral no implicó una redistribución de las tareas de cuidado.

Ahora bien, si observa con mayor especificidad qué sucede al interior de estas unidades domésticas en este momento de la trayectoria familiar (Lera et al, 2007), se pueden identificar ciertas transformaciones comunes en la organización del cuidado. Estas modificaciones guardan similitud entre sí dependiendo quién sea la persona impedida o con mayores dificultades para llevar a cabo su rutina diaria.

En las unidades domésticas consultadas, se puede apreciar que, cuando la persona afectada por la tuberculosis es una mujer, se presenta una ruptura clave en la organización intradoméstica. Esta ruptura suele resolverse con la inclusión de otras mujeres pertenecientes a la familia extensa o a la comunidad territorial, tal como sugería la lectura de Pautassi (2009).

Yo no tenía fuerzas para hacer las cosas, no podía, entonces a las cosas las hacía mi mamá, a la comida, a la bebé la cuidaba mi mamá, porque mi papá trabajaba (Florencia, comunicación personal, 2019).

Ellos estuvieron con mi mamá, yo apenas me contaron esto la primera vez los mandé con mi mamá que vive a dos cuadras, contacto con ellos por videollamada, como yo era la que estaba constante con él hasta que bueno, me diagnosticaron a mí

también, hará dos meses que ellos están de vuelta conmigo, desde que me sacaron el barbijo (María, comunicación personal, 2019).

En este caso se evidencia, por un lado, cómo la sostenibilidad de las tareas de cuidado hacia adentro de la organización familiar, expuso a esta mujer, referente del cuidado, a contraer el diagnóstico. Por otro lado, habilita a reconocer cómo, una vez que ella también se enfermó, aparece como necesaria la decisión de apelar a otra mujer, en este caso su mamá, para garantizar la resolución cotidiana de las necesidades de los/as niños/as de la vivienda. Esto permite comprender con mayor precisión la invisibilidad del trabajo de cuidado y la naturalización que opera en su asignación, prácticamente exclusiva, hacia las mujeres del hogar que proponía Domínguez Mon (2017).

Eh, los tres primeros meses mi marido estuvo haciendo la comida, tenía una vecina que ella me los llevaba al jardín, entonces me organicé así, a la mañana al jardín, a la tarde a la escuela (...) Y mi vecina me ayudaba llevando los chicos al colegio algunas veces, y como algunas veces era molesto, para uno mismo, hacía todo lo posible, todos los días me hacía una oración para poder levantarme y llevarlos yo misma a mis hijos. A partir de los tres meses ya pude hacer yo misma, despacio, obviamente no con el mismo ritmo de la rutina, pero iba de a poco, así, y pude culminar. Pero la tarea de casa, sí, estuvo mi marido. Mis hermanas no porque también trabajan, todo el día, de mañana a tarde, en un solo horario, así que a ellas tampoco las podía molestar mucho. A la tarde sí, a la noche, venían a verme, me traían comida, un plato de sopa, algo así, una cosa así. Pero en el día a día era mi marido (Marta, comunicación personal, 2019).

En este relato, nuevamente, se puede observar la incorporación de miembros de la comunidad en la resolución de tareas diarias, sobre todo aquellas vinculadas al cuidado de la niñez. También en este testimonio se evidencia el malestar con el que las mujeres vivencian la imposibilidad de resolver la reproducción cotidiana de sus hogares y cómo experimentan la socialización de estas tareas como una molestia que debe ser revertida en el menor plazo posible.

Pero yo tenía una amiga, una amiga de esas del alma, ¿viste? que me fue a buscar y me trajo al hospital, y cuando me internaron ella se quedó con los chicos (...) yo estuve tres meses en terapia, y durante esos meses ellos estuvieron con mi amiga. Yo le agradezco, porque ellos no quedaron solitos ni en la calle, pero en ese momento quizás necesitaban más contención, y mi amiga es grande, tiene cuatro hijos grandes, sus hijos tienen hijos, sus nietos, entonces no podía, no podía dedicarse, ella también trabajaba, por eso yo le agradezco que los cuidó, pero creo que les faltó un poquito de contención, que los escuchara, a ver si querían hablar algo, mi hija fue la más golpeada, mi hijo bueno, se alivió cuando salí, pero mi hija tuvo que cambiar todo. (Karen, comunicación personal, 2019).

Asimismo, se explicita cómo, frente a la dificultad de estas mujeres responsables del cuidado de llevar a cabo sus rutinas, la modificación en las estrategias conlleva una sobrecarga para otras mujeres. Esto refuerza el concepto de Mendes Dis, Domínguez Mon y Schwarz (2011), quienes insisten en que la responsabilidad exclusiva de las mujeres en

torno al cuidado y su sobrecarga con otros tipos de trabajo se sostiene en un rol de género construido socialmente y basado en la división sexual del trabajo de origen patriarcal.

Si bien se podría comprender que estas tareas se fugan del espacio doméstico, es decir, que opera cierta desfamiliarización (Martínez Franzoni, 2007) en la resolución de necesidades, al no contar con un soporte estatal o, incluso, del mercado, se convierte en un trabajo extra no remunerado para otras mujeres. Es decir, en estos casos, se puede observar el traslado del cuidado desde la esfera privada hacia una lógica colectiva conceptualizado por Domínguez Mon (2015), pero esa fuga continúa sosteniéndose en mandatos de género e inequidades en la distribución del trabajo donde las mujeres resultan doblemente responsables y deben asumir jornadas laborales dobles o incluso triples: trabajos informales en el mercado laboral, trabajos de cuidado hacia el interior de sus organizaciones familiares y trabajos de cuidado para sostener a aquellos/as que, anteriormente, dependían de una mujer que está atravesando un problema de salud.

Los aportes de Rodríguez Enríquez (2011) resultan claves para analizar, en este punto, el proceso de desfamiliarización. De acuerdo a los aportes de la autora, uno de los elementos que permite adentrarse en el análisis del potencial desfamiliarizador de una PTC tiene que ver con los mecanismos que esta prevea para aliviar la carga de trabajo reproductivo de las mujeres. Contrario a esto, lo que se observa en el desarrollo de las estrategias vinculadas al trabajo de cuidados, se puede analizar como una efectiva distribución nueva de las tareas, donde aparecen como actores claves miembros de la familia extensa y la red comunitaria, pero esta nueva distribución no opera por fuera de los mandatos de género que asocian el cuidado a una responsabilidad única de las mujeres, sino que, por el contrario, los refuerzan.

Asimismo, otra continuidad que se observa en la transformación de las estrategias está vinculada a la organización doméstica centrada en el cumplimiento de las condicionalidades establecidas por el equipo de salud para el acceso a la transferencia formal. Nuevamente, si se recuperan los aportes de Rodríguez Enríquez (2011) se puede comprender que, en este caso, la PTC impone condicionalidades que, por un lado, dificulta la organización del cuidado y, por el otro, no promueve el reconocimiento de este como una demanda y un derecho insatisfecho. Los relatos a continuación permiten profundizar este análisis:

No, no, nosotros vamos a la mañana, tomamos las pastillas, y de ahí mi marido ya queda haciendo el desayuno mientras nosotros vamos al dispensario, por eso vamos bien temprano. Vamos temprano porque ya al mediodía estamos en casa. Nueve y media de la mañana ya estamos en el centro, cosa de doce, doce y media, una del mediodía ya estar en la casa, es horario de almuerzo, como te digo en casa se desayuna a horario y se almuerza horario (María, comunicación personal, 2019).

Entonces yo me levantaba todos los días, desayunaba e iba a tomar la medicación al centro de salud, iba con el más grande, el más grandecito, porque el entraba a la tarde a la escuela, entonces lo llevaba. El más chiquito ya estaba en el jardín, o al mismo tiempo, aprovechaba y lo llevaba al jardín y tomaba la medicación, depende, pero siempre con el más grandecito (Marta, comunicación personal, 2019).

En los relatos se puede identificar cómo, en este caso, las condicionalidades no sólo se transforman en una obligación para la persona involucrada directamente en el tratamiento, como planteaba Rodríguez Enríquez (2011), sino que también se adentran en la rutina de las personas que ellas tienen a cargo, sobre todo niños/as. Con el avance del tratamiento y la recuperación física de estas mujeres, se evidencia un retorno al cumplimiento de las tareas de cuidado que, como se mencionó previamente, se vive con mayor urgencia que otros aspectos de la reproducción cotidiana. De esta forma, las transformaciones en las estrategias vinculadas al trabajo de cuidado son temporales y no constituyen una modificación permanente ni tendiente a la distribución más equitativa de las responsabilidades.

Bueno, yo volví a mi rutina, ya mucho más activa, los llevaba yo misma a los chicos, siempre más cansada, pero bueno, al tener que hacer el mismo viaje dos veces al día, ir, volver, llevarlos, traerlos, a la mañana, a la tarde, volví a mi rutina y estaba un poco cansada, eso me agitaba un poco, y hacía las cosas de la casa, había mucho acumulado, porque hacía mucho que no lo hacía, que no lo hacíamos constantemente, no? (Marta, comunicación personal, 2019).

El tiempo en el que las mujeres no pudieron sostener sus tareas de cuidado habituales se percibe como una pérdida de tiempo, se entiende como un momento de acumulación de trabajo que debe ser recuperado. Asimismo, al igual que el apartado vinculado a las estrategias de consumos, las tareas de cuidado forman parte de la dinámica de reciprocidad para aquellas otras mujeres que las sostuvieron durante el período de mayor dificultad.

Cuando me tuve que recuperar, que tenía más tiempo libre, la ayudaba a mi amiga con la casa. Estaba enferma, entonces hacía cosas más chicas, me dedicaba a hacer las cosas de la casa, tranquilas, o me traían a sus nietos y yo los cuidaba, hacía de comer, limpiaba, les hacía la comida a los nietos, porque si no, pobrecitos. Aparte nos queremos mucho, entonces la ayudaba a mi amiga, limpiaba, lavaba, planchaba (Karen, comunicación personal, 2019).

Por último, se observa que estas modificaciones y rupturas en las estrategias de cuidado no se vivencian de manera tan rotunda cuando el sujeto comprometido en su situación de salud es un varón. Cuando se indaga en torno a quién asumió las tareas de cuidado en el hogar a partir del diagnóstico, los sujetos entrevistados refieren:

Y ella. Sí, a veces yo solo, a las dos semanas, o tres semanas, ya lo hacía solo. Lo que pasa es que yo soy una persona así, eso es lo que pasa, que también ella ve que yo tampoco le doy el lugar a ella de que sea mujer, porque también yo lavo, cocino, plancho, limpio (Agustín, comunicación personal, 2019).

Mi mamá me acompañaba al hospital a veces, pero casi siempre venía solo. Y el primer tiempo, sí, mi mamá, a veces me daba la comida, pero fue el primer tiempo (Gastón, comunicación personal, 2019).

En este sentido, se puede comprender que, en estos casos, más bien opera una continuidad en la manera de organización de las tareas domésticas. De esta forma, quienes asumían previamente ciertas responsabilidades las sostienen, tanto al momento de ser diagnosticados como al disponer de la transferencia económica.

No se refieren ni se identifican cambios sustantivos en la organización doméstica, y, como se lee en el testimonio a continuación, si se produjo algún tipo de modificación responde a una práctica individual de resolución de necesidades más que a una transformación en la estrategia familiar de reproducción y/o de división de tareas. Este análisis es coherente con el proceso de construcción de las masculinidades al que refiere Figueroa Perea (1998), proceso que se sostiene, también, en patrones de socialización definidos y demarcados y que refuerzan la noción de una masculinidad autosuficiente y alejada de las responsabilidades de cuidado (Galoviche, 2016).

No, en eso lo que más cambió fue lo de la comida, que empecé a tener una comida más completa, trataba de comer más sano, porque me habían dicho que tenía que comer bien y subir de peso, entonces me empecé a cocinar yo. Nada del otro mundo, ¿no? Pero antes siempre comíamos lo mismo, todos en la casa, ahora me empecé a cocinar yo (Gastón, comunicación personal, 2019).

En síntesis, siguiendo los aportes de Ierullo (2014), se puede comprender que, en la construcción de estrategias vinculadas al trabajo de cuidado, opera un modelo tradicional, que se sustenta en tres principios: en primer lugar, se asume que las tareas de cuidado son intrínsecas al ámbito doméstico. Esto se identifica en cómo las mujeres experimentan como una carga y una molestia la situación excepcional de tener que derivar estas tareas en otras personas de la comunidad o de la familia extensa. En segundo lugar, el principio organizador de las tareas de cuidado es la división sexual del trabajo, fortaleciendo la noción de maternalización del cuidado. Esto se vislumbra en la presencia de una figura materna que se responsabiliza durante todo el proceso de garantizar y/o coordinar el cuidado de los miembros de la familia que requieren asistencia, ya sean niños y/o personas enfermas. En tercer lugar, se reconoce una orientación familiarista de la política social analizada, es decir, que refuerza la noción de la institución familia como responsable de la resolución del bienestar. Esto puede observarse, como se desarrolló, en la ausencia de dispositivos estatales de cuidado, aun cuando la responsable de estas tareas se encuentra en situaciones críticas de salud.

3. Uso del tiempo libre

En este apartado se presenta el análisis de las posibles modificaciones de las estrategias familiares vinculadas al uso del tiempo libre. Como se anticipó, se lo define a partir de su oposición con el tiempo no libre, el tiempo de trabajo, ya sea remunerado o no remunerado, tiempo sin necesidad de cumplir obligaciones y/o responsabilidades (Aquín et al., 2014).

Para la exploración de esta categoría, se propone un trabajo analítico en base a tres sub-dimensiones. Al igual que en los apartados anteriores, estas surgieron a partir de la comparación constante de la información y la identificación de regularidades que permiten comprender las transformaciones y continuidades ocurridas en el uso del tiempo libre con mayor profundidad. De esta forma, se proponen como ejes: el tiempo libre como necesidad no reconocida, la recreación como excepcionalidad y el tiempo libre mediado por la condicionalidad.

3.1. El tiempo libre como necesidad no reconocida

Lo primero que se identifica en esta dimensión es cierta dificultad para instalar en las entrevistas el tema. De manera compartida, las personas entrevistadas comienzan explicitando que no tenían tiempo libre, antes o después de la aparición de la tuberculosis y/o de la transferencia económica, o que, si lo tenían, no lo podían aprovechar por el malestar físico.

No, no, yo estaba en mi casa nada más, con mis hijos. No, no, ya no iba a la cancha, no iba a ningún lado (...) No, ya no puedo, no voy porque no puedo, no me siento en condiciones (Agustín, comunicación personal, 2019).

No, nunca fui de salir, yo trabajaba y cuidaba a mis hijos, no más. Tenía una amiga, sí, que a veces a la tarde iba a tomar mates, pero poco, muy de vez en cuando, porque trabajaba mucho, muchas horas, entonces llegaba sábado o domingo, y lo dedicaba a descansar, no quería hacer nada (Karen, comunicación personal, 2019).

Las prácticas de recreación aparecen, siempre, últimas en los relatos. En las entrevistas se evidencia cierta resistencia a explicitar sobre gastos o prioridades que establecieron las familias para resolver la recreación y/o el esparcimiento en el uso del tiempo libre, información a la que se pudo acceder explicitando ejemplos y/o repreguntando específicamente.

Esta dinámica fue considerablemente distinta a la hora de trabajar, por ejemplo, sobre alimentación o hábitat, lo que, nuevamente, exige realizar un análisis a partir de los aportes de Hornes (2014). A la luz de su propuesta, en esta dimensión puede comprenderse cómo opera un mecanismo de legitimación de ciertos consumos y prácticas, como aquellos vinculados a la alimentación, el cuidado de la salud, la atención de la niñez, en detrimento de otros aspectos de la vida cotidiana, en este caso, el tiempo libre, la recreación y/o el esparcimiento.

En estrecha vinculación, los aportes de Arcidiácono (2017) en torno al escrutinio público del que son objeto las familias titulares de las PTC, permiten comprender la resistencia de los/las entrevistadas a exhibirse en estas dimensiones, sobre todo, cuando quien indaga es una trabajadora de la salud. Tal como plantean Pautassi, Arcidiácono y Straschnoy (2014) el rol construido de los/las profesionales de la salud como autoridades legítimas para controlar e incidir sobre la vida cotidiana de quienes perciben este tipo de

transferencias estatales, da lugar a lógicas de evaluación de merecimiento que pueden haber operado, en este caso, como obstáculos para reconocer y explicitar las necesidades vinculadas al tiempo libre.

Aún frente a estas dificultades, se pudo reconocer que la recreación en el tiempo libre aparece como el principal ámbito de recorte o ajuste al momento de la enfermedad. No necesariamente se habla de una eliminación completa de prácticas recreativas o de esparcimiento, pero sí de una modificación en las elecciones, tendientes a economizar el gasto para su resolución.

Y hasta la enfermedad, nos alcanzaba para el alquiler y la comida...y la comida hasta ahí nomás, no era que comíamos no sé, queso. La comida con lo justo, la diaria, de todos los días. Y cuando tuvimos que ajustar los gastos, chau salidas, en el sentido en que antes íbamos al parque, a la plaza, al centro, o en el sentido en que le decíamos al Ángel: Ángel, este mes no vamos a poder comprar esto, no vamos a poder salir (Julieta, comunicación personal, 2019).

Aparte que el papá es el que los malcría, que le compro coquita, sándwiches, cuando salimos por ahí. A veces, ves, todas esas cosas, cuando yo estuve así, estuvimos mal. Salíamos con ellos, pero teníamos que recortar, yo les decía "salimos, compramos una coquita, pero el sándwich no, porque no me alcanza". Y mis hijos, gracias a Dios, lo entendieron, ellos saben (Agustín, comunicación personal, 2019).

No, tenemos una antena, y le cargamos doscientos pesos a la semana, son ochocientos al mes (...) Claro, a eso no lo pudimos comprar más, pero teníamos el DVD, con las películas y usábamos eso. Aparte mis hijos no son exigentes con eso la verdad, saben que cuando no hay, no hay, ¿me entendés? entonces ellos se amoldan, ellos no molestan (Agustín, comunicación personal, 2019).

Sumado a esto, se identificó que la disponibilidad del recurso proveniente de la PTC-Tuberculosis habilitó en las organizaciones familiares a modificar prácticas individuales recreativas y suplantarlas, al menos en parte, por salidas o planes grupales. Los testimonios a continuación permiten dar cuenta de esta dinámica.

No, ahorrar no podía, eso sí que no, o sea, no tenía como para decirle a mi hija, bueno, vení, vamos al centro, vamos al cine. Podía de vez en cuando con uno, entonces si uno de ellos iba al cine, le daba a uno, para que vaya con un amigo (Karen, comunicación personal, 2019).

A la plata recién la disfrutamos los últimos meses, que los trajimos a los chicos a Mc Donalds, ellos querían salir, querían ver películas, entonces los trajimos al cine, fue en junio recién. Era también el cumpleaños de mi marido, así que aproveché (Marta, comunicación personal, 2019).

En este sentido, teniendo en cuenta la información analizada en el capítulo nº4, se puede comprender que esta modificación responde a la dificultad previa de disponer del

dinero correspondiente a un período de trabajo en un solo cobro. Si se valora que la mayoría de estas familias resolvían sus necesidades de manera mercantilizada (Martínez Franzoni, 2007) y con trabajos informales e inestables, se puede comprender que el cobro simultáneo de una suma de dinero permitió modificar los patrones con los que se organizaba, al interior de las unidades domésticas, quién podía y cuándo salir a comer o pasear. Esto es coherente con los aportes de Aquin et al (2014), quienes sostienen que disponer de un recurso monetario de manera periódica habilita en las organizaciones familiares la ampliación de los marcos de decisión vinculados al ocio y la recreación.

Otro elemento en común se vincula a la organización del tiempo libre a partir de la salida del campo laboral remunerado. En su mayoría, las personas de las unidades domésticas que conforman este estudio, refieren que ese tiempo fue utilizado para generar encuentros familiares, ya sea dentro de la unidad doméstica o con miembros de la familia extensa y/o para el cuidado de la niñez. Asimismo, se reconoce que la situación particular de salud que estas familias atravesaban, impidió vivenciar la mayor disponibilidad de tiempo libre como una experiencia de disfrute, en tanto el malestar físico exigía, más bien, momentos de descanso y recuperación, como puede leerse en el siguiente testimonio:

Eh no, no lo hacíamos porque yo no me sentía en el momento indicado, siempre estuve en casa, ahí, como tenemos un patio grande, siempre salía al patio ahí con los chicos, ellos jugaban a la pelota, nosotros nos sentábamos a conversar, y sí, muy poco salíamos, durante el tratamiento me dediqué a eso, a descansar, en casa, a recuperarme bien, para poder seguir con mi rutina de siempre (Marta, comunicación personal, 2019).

Por último, al igual que en el resto de las estrategias analizadas, nuevamente aparece la priorización de niños/as de la vivienda. En la puesta en marcha de estrategias recreativas, las unidades domésticas anteponen la resolución de sus necesidades, ya sea antes o después de contar con la transferencia económica.

Y ella también me pasaba el cable, yo siempre donde alquilaba trataba de que alguien me pasara el cable por mis hijos, y yo le ayudaba, ¿no? Pero que tuvieran cable, al menos para hacer algo mientras yo trabajaba, y entre las dos pagábamos la boleta (Karen, comunicación personal, 2019).

Sí, sí, hemos ahorrado a veces, pero todo para las vacaciones de mis hijos. Mis hijos ya están acostumbrados a eso, ellos cuando terminan las clases ya empiezan "¿a dónde vamos a ir de vacaciones papá?" y sólo una semana, dos semanas, ¿me entendés? pero ellos ya están acostumbrados, entonces lo primero es los chicos, después si yo tengo ropa o no tengo ropa, da lo mismo (Agustín, comunicación personal, 2019).

3.2. La recreación como excepcionalidad

Se propone esta subcategoría de análisis en tanto se reconoció, dentro de las estrategias vinculadas a la organización del tiempo libre, una práctica compartida por las unidades domésticas incluidas en el estudio. A partir de la indagación en esta temática, se pudo comprender que la disponibilidad del recurso monetario proveniente de la PTC-Tuberculosis habilitó salidas familiares que, si bien constituyeron una forma de organizar el tiempo libre, no representaron una práctica cotidiana, sino que estuvieron asociadas a la excepcionalidad en el momento del cobro.

Y bueno, después, muy de vez en cuando salíamos con mis hijos a dar una vuelta al centro. Iba a cobrar y salíamos a dar una vuelta, a menos una vez, como para que no se aburran, para que paseen. Era para que se fueran despistando un poco de todos los problemas que habíamos tenido (Karen, comunicación personal, 2019).

Mi hijo, como les contaba la otra vez, nos invitó a comer al Patio Olmos, ¿no es cierto? cuando cobramos le compró una cajita feliz a cada uno, nos fuimos a comer, a mí me invitó una parrilladita, choricito, morcillita, todo, estábamos chochos (María, comunicación personal, 2019).

Asimismo, en las prácticas excepcionales de recreación en el tiempo libre, se destaca que estas se encuentran, en su mayoría, vinculadas a la diferenciación en la alimentación diaria. En ese sentido, el alimento aparece como fuente de placer, diversión y de encuentro con otros/as. Nuevamente, los aportes de García Canclini (1999) resultan pertinentes, en tanto permiten comprender cómo, frente a la disponibilidad mayor de recursos económicos, una práctica diaria, en este caso la alimentación, adquiere un significado compartido diferente.

Y, lo que más pudimos volver a hacer fue volver a salir. O sea, lo primero que hicimos cuando cobramos fue que dijimos: vamos al centro a comer un helado, a comer un pancho, a comer un lomito o una pizza, fue lo primero que hicimos, cuando cobramos lo primero que dijimos, vamos al centro, a comer, a pasear, a ver vidrieras, aunque sea, fuimos a ver vidrieras, porque lo extrañábamos, al otro día fue vamos al parque, vamos al parque a tomar mates, a que suba a los juegos el ángel, fue lo que más extrañamos, poder salir (Julieta, comunicación personal, 2019).

En las unidades domésticas compuestas por adultos/as más jóvenes se identifica otra continuidad. En estos casos, se puede reconocer una disminución de actividades recreativas, previamente excepcionales y, sobre todo, nocturnas, con amistades motivados por evitar situaciones de contagio.

Y sí, cambió, ya no trabajaba y ahora no salgo, porque tengo hijo. Por el cuidado de la enfermedad también, porque me habían dicho que era contagioso, entonces si yo iba al baile iba a seguir contagiando a todo el mundo (Florencia, comunicación personal, 2019).

Íbamos donde íbamos, siempre afuera, no podíamos hacer nada porque siempre afuera, siempre afuera. Con mi papá tomábamos mate desde afuera, y más si a donde salíamos había una criatura, más todavía. No salíamos porque no queríamos poner a nadie en exposición (Julieta, comunicación personal, 2019).

En este sentido, se puede asumir que esta modificación responde a una práctica de cuidado de los otros/a y puede comprenderse a partir del concepto de cuidado de Domínguez Mon (2018) como una relación interpersonal. Resulta interesante cómo las transformaciones en el uso del tiempo libre permiten, también, ampliar la noción de cuidado y comprender cómo la información sanitaria a la que los sujetos accedieron durante el proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado¹⁸ incide en la modificación de diversos aspectos de la vida cotidiana, como la dinámica intradoméstica, el retiro de ciertos espacios laborales y, en este caso, las decisiones que los sujetos toman en relación a sus momentos de esparcimiento.

3.3. El tiempo libre mediado por la condicionalidad

El último punto a considerar en el campo de las estrategias vinculadas al uso del tiempo libre refiere a su relación con la condicionalidad establecida en la PTC-Tuberculosis. Esta aparece como elemento determinante para la puesta en marcha prácticas recreativas, de esparcimiento o descanso.

En particular, se identifica que las salidas recreativas desplegadas por las familias estuvieron determinadas por las exigencias de la PTC-Tuberculosis, principalmente, en relación a los días y horarios exigidos por los centros de salud para la toma de medicación. En el relato que sigue, se puede observar cómo el tiempo libre no sólo se organiza en base a la disponibilidad de recursos económicos, sino que está incidido por la rutina establecida por el tratamiento directamente observado.

En noviembre, la plata que me dieron la guardé y la llevé un fin de semana a mi hija a Catamarca, fuimos a Catamarca a la virgen, la llevé para hacer una promesa. No había ido nunca, yo no quería, mi papá quería, había hecho una promesa, así que fuimos en colectivo, fuimos y volvimos. Yo quería quedarme unos días más, pero no podíamos, porque tenía que ir a tomar las pastillas y no me las daban por más días (Florencia, comunicación personal, 2019).

Sí, más no se pudo, porque la otra enfermera no quiere darme medicamentos para que yo me lo lleve, el único día que me lo da es el día viernes y el sábado (Gastón, comunicación personal, 2019).

¹⁸ Las transformaciones en las estrategias de reproducción vinculadas al acceso a información sanitaria se analizan con profundidad en el siguiente capítulo.

Al mismo tiempo, como se puede leer en los testimonios, la mayor o menor rigidez con la que la condicionalidad es exigida, incide en las posibilidades de organización de las unidades domésticas de su tiempo de esparcimiento. De ahí que, en algunos casos, fuera posible ausentarse durante dos o tres días de su centro de vida y planear paseos o vacaciones y, en otros, las salidas se limitaran solo a aquellos momentos donde no debían presentarse en las instituciones de salud. Estos elementos serán retomados en el próximo capítulo, en tanto serán insumos claves para pensar el proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado y la experiencia de la condicionalidad.

4. Capitales sociales y culturales

En este apartado, finalmente, se presenta el análisis vinculado a las posibles transformaciones en las estrategias de reproducción vinculadas a los capitales sociales y culturales disponibles en las unidades domésticas. Como se anticipó, en la dimensión de capital social se presentan aquellas rupturas y/o continuidades que los miembros de las organizaciones familiares desarrollan en el campo de sus recursos relacionales y que les permiten resolver necesidades cotidianas o maximizar el rendimiento del resto de sus capitales (Gutiérrez, 2007, en Aquín et al., 2014).

El capital cultural, en estrecha vinculación con el anterior, se define como el conjunto de recursos que permite a los sujetos adquirir, poner en marcha y acumular mecanismos y destrezas que faciliten la resolución de problemas cotidianos. Esta definición incluye, dentro del capital cultural, no sólo aquellas habilidades adquiridas y reconocidas por el sistema educativo formal, sino también la trayectoria de aprendizajes acumulados en la totalidad del espacio social (Aquín et al, 2014).

En base a estos aportes teóricos, se propone en este apartado un análisis vinculado a las transformaciones en los capitales social y cultural a partir de la profundización en tres subcategorías. Para este abordaje se recuperan como ejes analíticos, primero, el fortalecimiento de las redes de apoyo, en segundo lugar, la creación de vínculos con los equipos de salud y, en tercer lugar, las transformaciones en los saberes sanitarios.

4.1. Fortalecimiento de las redes de apoyo

A lo largo del documento se reconoció como elemento común la centralidad de la familia extensa y las organizaciones comunitarias y vecinales en la reproducción cotidiana de las familias, sobre todo, en aquellas instancias de reducción de capitales económicos. En este sentido, a la hora de centrar la mirada en la modificación del capital social, resulta primordial recuperar cómo las redes de apoyo constituyeron soportes indispensables para resolver, sobre todo, la alimentación y el cuidado de la niñez.

En ese momento todavía no cobrábamos, y él ya había dejado de trabajar, entonces íbamos a buscar la comida a la escuela, y nos la rebuscábamos, un día era ir a comer

a la casa de mi mamá, otro día a la casa de mi papá, otro día a la casa de mi hermana, del que pudiera, nos la teníamos que rebuscar, porque no teníamos ningún trabajo ni ningún ingreso (Julieta, comunicación personal, 2019).

En coherencia con los aportes de Pautassi (2009), se puede comprender que, en este escenario de enfermedad, el *tercer sector* actúa como un capital social central en la organización de estrategias de reproducción. Sin embargo, como se anticipó a la hora de analizar las estrategias vinculadas a la alimentación, cuando las unidades domésticas comenzaron a cobrar la PTC-Tuberculosis, estas estrategias comunitarias o familiares se reemplazaron nuevamente por el consumo de bienes a través del mercado o a través de transacciones monetarias.

Un elemento de análisis interesante refiere que, en oportunidades, la práctica de aprovisionamiento (Mario, Rosa y García, 2014) a través del mercado se vio transformada a partir de una intención de reciprocidad. La compra en el mercado, por ejemplo, de bienes alimenticios se configuró, de esta forma, como una devolución para otros miembros de la comunidad o de la familia que colaboraron previamente en la resolución de necesidades propias:

Y, era para comer, porque éramos muchos, estaba mi amiga, su marido, dos hijos grandecitos, son más grandes que mis hijos, y vivían con ella, se habían casado, entonces no podía salir y comprar solamente para mis hijos, tenía que ir y comprar para todos, para hacerle la comida a todos, tenía que devolverles lo que habían hecho por mis hijos (Karen, comunicación personal, 2019).

En este sentido, se propone comprender que las redes de apoyo asisten a un proceso de fortalecimiento. Esto se sustenta en el hecho de que las unidades domésticas recurren a redes sociales construidas previamente al momento de la enfermedad, tal como se observó en el primer apartado de este capítulo, y en que estas configuran un capital que posibilita la supervivencia en situaciones críticas donde el acceso a bienes fundamentales para la reproducción de la vida no está garantizado. Asimismo, la lógica de reciprocidad que caracteriza el momento del acceso a la PTC-Tuberculosis, da cuenta de una intención de sostener y sedimentar las prácticas interpersonales de cuidado (Domínguez Mon, 2018), a pesar de la preferencia del mercado como fuente principal de acceso a bienes reconocida previamente.

4.2. Creación de vínculos con los equipos de salud

En segundo lugar, el trabajo analítico permitió reconocer una transformación significativa en el escenario familiar vinculada a las redes y contactos establecidos con profesionales de la salud, tanto a nivel comunitario como hospitalario. Los miembros de las unidades domésticas refieren que, a partir del tratamiento y la gestión de la PTC-Tuberculosis, construyeron relaciones cotidianas con los equipos de salud intervinientes y que, luego, estas relaciones les permitieron acceder a vías de atención más ágiles y oportunas. Un ejemplo claro de esta estrategia se puede identificar en el siguiente testimonio, donde Karen refiere que, dos años después, cuando volvió a enfermarse de

tuberculosis, pudo acceder al diagnóstico y tratamiento a partir del vínculo que había establecido anteriormente con su médico:

En el 2017 me volví a enfermar mal, estaba con la nona en ese momento, me pasaron muchas cosas, estaba muy estresada, nunca pensé que podía ser lo mismo, pero bueno, vine al doctor Alexis y me dijo: ‘ya hacemos el esputo y las placas, cualquier cosa te llamo’, y me llamó y me dijo ‘Normita, venite urgente que tenés de nuevo la tuberculosis’ (Karen, comunicación personal, 2019).

Además, las redes establecidas con los/as trabajadores/as de la salud, principalmente en instituciones de atención primaria, les permitió a los/las titulares de la PTC-Tuberculosis crear acuerdos en torno a la condicionalidad de supervisión diaria. Las relaciones que se establecieron entre usuarios/as y supervisoras/es de la medicación constituyó para las familias un capital fundamental para flexibilizar y amoldar las exigencias de la PTC-Tuberculosis a su vida cotidiana.¹⁹

Asimismo, dentro de estas redes establecidas con el equipo de salud, destaca primordialmente el vínculo establecido con las profesionales de Trabajo Social del Hospital Rawson. El contacto con estas profesionales permitió, por un lado, sortear todos los pasos y requisitos administrativos para el acceso a la PTC-Tuberculosis y, por el otro, acceder a las instituciones públicas y sus dispositivos para garantizar el cobro de la prestación. El siguiente relato permite ejemplificar esta dinámica:

Bueno, voy al Pablo Pizurno, pregunto y me llevan a un lugar, me dan un coso como que había hecho el trámite, y después voy y no, no había nada, y la Juana [trabajadora social] me había dicho como diez días. Y voy y me dicen "no, no hay nada" y ya había pasado como un mes largo. Entonces la llamo [a la trabajadora social] y me dice "no, pero me parece que vos estás yendo a otro lado (...) no es ahí" me dice la Juana, así que bueno, me explicó y era en otro lado, en otra parte del Pizurno, no es donde entra toda la gente, era en el costado, y desde ahí no tuve ningún problema (Agustín, comunicación personal, 2019).

Este análisis es coherente con los aportes teóricos de Aquín et al. (2014), quienes sostienen que en la interrelación entre capitales sociales y culturales aparecen destrezas adquiridas, saber dónde ir, con quién hablar, qué decir, para lograr una comunicación y un ejercicio continuo y favorable de adquisición de recursos. En este caso, la vinculación con profesionales de la salud habilita a los/las titulares de la PTC-Tuberculosis tanto acceder a la atención, resolver de manera oportuna una dificultad administrativa y/o negociar con el personal sanitario las formas de condicionalidad establecidas en esta política social.

¹⁹ El vínculo entre equipo de salud y usuarios y los acuerdos que surgen a partir de este en relación a la condicionalidad se desarrollan con mayor profundidad en el capítulo referido al proceso de Salud/Enfermedad/Atención/Cuidado.

4.3. Transformaciones en los saberes sanitarios

Como tercer eje de análisis se propone recuperar las transformaciones ocurridas a raíz de la incorporación de nuevos saberes en torno al proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado. En este sentido, los miembros de las unidades domésticas reconocen como un nuevo recurso de cuidado la información proveniente del intercambio con los equipos de salud, relacionada tanto al cuidado de la salud en general como a la tuberculosis como problema de salud en particular.

Inicialmente, al momento del primer acercamiento a las instituciones de salud, se identifican dificultades en la comprensión del diagnóstico e indicaciones de cuidado, tanto por la falta de información previa vinculada a la tuberculosis, como por la inexistencia de espacios de asesoramiento en la consulta médica. En este sentido, la falta de información es vivida como un malestar, con angustia, no sólo por el propio pronóstico y cuidado, sino también, y, sobre todo, por las posibilidades de generar malestar en otros miembros de las unidades domésticas. En este caso nuevamente el cuidado de la niñez aparece como prioritario. Los siguientes testimonios permiten profundizar este análisis:

No, no, todo nuevo para nosotros, así como esos (señala folletos de diabetes), así me informé yo, con folletos, con cosas así, la primera vez que lo diagnosticaron, en medicina preventiva, y a partir de ahí fui aprendiendo (María, comunicación personal, 2019).

No, obviamente que tuvimos conflictos, nosotros somos chicos jóvenes, no sabemos de qué se trata lo de la tuberculosis, y lo poco que sabemos, que es casi nada, es que si tenías tuberculosis te morías, que no hay tratamiento, ni nada. Y bueno, cuando lo diagnosticaron a él fue pelear, porque yo le decía, 'si tenés vos, tengo yo, y si tengo yo, tiene mi hijo', cuando me diagnostican a mí, automáticamente me largué a llorar, porque era pensar que, si tenía yo, tenía mi hijo, y pensaba que le iba a pasar algo, que, si tenía, le iba a pasar algo (Karen, comunicación personal, 2019).

Nunca sabía, yo tampoco supe que tenía esa enfermedad, supe cuando estaba consumida ya, ya era tarde, nunca supe, tampoco sé de dónde lo saqué o cómo me contagié, yo creo que fue cuando una vez lo fui a ver a mi hermano una vez a un penal, pero bueno después lo leí en un folleto, que me lo dio la Jose [trabajadora social] (Florencia, comunicación personal, 2019).

En este proceso de transformación de los saberes sanitarios, una figura que aparece como disruptiva en la situación de desinformación es la de la intervención de la profesional de trabajo social. En los testimonios se refiere, casi en su totalidad, que las personas involucradas accedieron a un espacio socioeducativo donde se facilitó información pertinente que aclaró los interrogantes y permitió afrontar el tratamiento con mayor seguridad.

Creo que la doctora me la presentó a la trabajadora social, y bueno, me explicaba de qué era esto de la tuberculosis, cómo era el tema, y después ella me explicó que era contagioso, porque yo no sabía nada de eso, en el Córdoba no me dijeron, y bueno,

se contagió mi hija y mi hermano más chico. no me habían explicado nada, me hacían poner barbijo nomás, pero no sabía que era contagioso, no me dijeron (Florencia, comunicación personal, 2019).

Me dio mucha vergüenza cuando pasó eso, porque yo sé que me saco el barbijo y soy una persona normal, podría no usarlo, pero ahora sé que es para cuidar a los otros (...) acá me sentía cómoda, acá me di cuenta, primero, que no era la única, lo tomaban con naturalidad (Marta, comunicación personal, 2019).

En base a la conceptualización propuesta, se puede entender que la transformación y adición de estos saberes constituye un crecimiento en el capital cultural disponible, en tanto permitió a los sujetos adquirir destrezas y habilidades útiles para la resolución de necesidades cotidianas (Aquín et al., 2014). Al respecto, Rosa sostiene que:

La doctora me tranquilizó, me dijo que sí había tratamiento, que se curaba, que no era como antes. Pero en el momento me pegó re mal, porque no sabíamos, no teníamos consciencia de eso, entonces sí, tuvimos mucho conflicto por eso, porque no teníamos información, pero nos fuimos informando y aprendiendo (Julieta, comunicación personal, 2019).

La incorporación de estos saberes en forma de capital cultural, a su vez, se puede analizar en una doble expresión. En primer lugar, la disponibilidad de esta información se transforma en una práctica de autoatención (Menéndez, 2003), en tanto permite a los miembros de las unidades domésticas conocer qué sucede en el propio cuerpo y habilita a, por ejemplo, mejorar la alimentación, sostener un tratamiento, solicitar atención y cuidado cuando se necesita. En segundo lugar, el análisis permite reconocer que estos capitales recientemente adquiridos se expresan como práctica de cuidado hacia otros/as:

Y todos me hacían esa pregunta, que cómo, por qué, en dónde, cómo no te diste cuenta, que no sabían, estábamos todos en la misma y yo sin poder explicar. Después cuando yo me iba tratando, y la doctora me iba explicando, me pude ir informando al menos. Y hoy en día, cuando veo a alguien viste, con esos síntomas así, yo les digo "vos tenés que ir a atenderte, tenés que ir a verte, porque una tos mal curada te puede producir esto, te puede producir lo otro", es como que recién hoy en día puedo tomar conciencia (Marta, comunicación personal, 2019).

También trabajo en una copa de leche, ahí hacíamos la leche para los chicos, ahora sí lo seguimos haciendo, pero en ese momento tuvimos que frenar, por seis meses más o menos, porque estaba lleno de chicos, iban los chicos, las madres, los padres, estaba lleno, entonces era imposible ir, ahí tuve que agarrar a las personas más cercanas y decirles, che, mirá, yo tengo, y estuve en contacto con vos, con tu hijo, deberías ir a un control por las dudas, yo ahora no contagio, pero por las dudas, llevalo a un control (Julieta, comunicación personal, 2019).

De esta forma, los saberes incorporados no sólo se disponen a nivel individual y/o familiar, sino también, se extienden como herramienta de prevención y promoción de la salud para vecinos/as, amigos/as, entre otros. Esta transformación en las estrategias de cuidado puede comprenderse a partir de los aportes de Aquín et al., (2014) quienes

recuperan la potencialidad heurística del concepto de capitales sociales y culturales, en tanto se trata de recursos capaces de transformarse desde la individualidad hacia la disposición comunitaria, ya que, al socializarse, pueden mantenerse, acrecentarse y transformarse.

Finalmente, en coherencia con lo propuesto por Pautassi, Arcidiácono y Straschnoy (2014), resulta interesante identificar cómo, mediante la autoridad que representa el personal sanitario en estos procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado, la información y saberes incorporados en las instituciones de salud adquieren un lugar prioritario a la hora de tomar decisiones.

Lo primero en lo que gasté era la comida, porque me habían dicho que tenía que alimentarme bien, muy bien, entonces yo lo primero que gasté fue en eso, porque me tenía que alimentar bien, y lo que me decían que comiera era caro, entonces lo gastaba en eso (Gastón, comunicación personal, 2019).

Después, muy por ahí, compraba ropa, a veces salía, pero lo primero, primero, era la comida, yo sabía que antes de la salida tenía que tener la comida para la semana, porque lo que me pedían que comiera era muy caro y con lo del trabajo no me alcanzaba (Gastón, comunicación personal, 2019).

En este sentido, mediante el análisis de los testimonios presentados, se puede identificar cómo la incorporación de nuevos capitales culturales transforma la jerarquía, por ejemplo, de las prácticas de consumo. Asimismo, permite reforzar uno de los ejes de análisis desarrollados en este capítulo, vinculado al rol tutelar que asumen los/las profesionales de la salud en cotidianidades mediadas por una política de transferencia condicionada.

CAPÍTULO 6

TRANSFORMACIONES EN EL PROCESO DE SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN/CUIDADO

El objetivo n° 3 de esta tesis se propone indagar en torno a las posibles transformaciones en el proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado a partir del acceso al Régimen de Protección Socioeconómica del paciente afectado por Tuberculosis en las unidades domésticas contempladas durante el período 2016-2019. En este sentido, el capítulo que sigue se orienta a dar respuesta a este interrogante.

Asimismo, a lo largo del documento se propuso conceptualizar al proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado a partir de los aportes de la Medicina Social, la Salud Colectiva y el Enfoque de Género. Esto implicó, necesariamente, ampliar los márgenes del concepto de salud-enfermedad y asumir que las distintas formas en que las poblaciones viven, enferman y mueren constituyen procesos intrínsecamente sociales (Breilh, 2011).

De esta forma, al asumir la noción de determinación social de la salud se torna sumamente complejo distinguir, analíticamente, qué elementos de la reproducción cotidiana hacen parte del proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado y cuáles no. Desde esta perspectiva, dimensiones como el mundo del trabajo, la organización del cuidado, la diferenciación en el acceso a bienes y servicios, entre otros, no sólo se comprenden como elementos y/o factores relevantes para pensar los procesos de salud, sino que lo constituyen y determinan intrínsecamente.

Es por esto que, a lo largo de este capítulo, se retoman tres ejes de análisis que, al igual que en los apartados anteriores, surgieron a partir de la comparación constante de la información y permiten adentrarse en la comprensión de las transformaciones del proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado, a saber: transformaciones en las estrategias de accesibilidad sanitaria, modificaciones en las posibilidades de descanso y recuperación y experiencias con la condicionalidad. Sin embargo, es pertinente insistir en que estas dimensiones no se proponen como exhaustivas del proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado, sino que, por el contrario, se postulan como elementos que permiten complejizar y profundizar su comprensión, en estrecha vinculación con las dimensiones trabajadas en los capítulos precedentes.

1. Transformaciones en las estrategias de accesibilidad sanitaria

La accesibilidad a la atención sanitaria se planteó en los aportes teóricos como una de dimensiones relevantes a la hora de comprender y explicar el crecimiento de la tuberculosis en el país y las dificultades y obstáculos para la organización de servicios de

salud en su reducción o mitigación (INE, 2015). En ese sentido, a la hora de profundizar en torno a la accesibilidad a la atención en las unidades domésticas contempladas en este estudio, se reconocen dos obstáculos principales, frente a los cuales los miembros de las organizaciones familiares despliegan diversas estrategias de resolución. Por un lado, se identifica la distancia geográfica entre los centros de vida de las unidades domésticas y el hospital, y, por otro, la necesidad de contar con acompañantes para asistir a las consultas con el personal de salud.

En torno a la distancia geográfica entre los domicilios y el hospital, se reconoce que, en todos los casos, esta se vincula con la necesidad de contar con dinero periódicamente para solventar el uso del transporte público. De esta forma, garantizar la accesibilidad a la atención sanitaria no sólo implica un gasto más en la organización económica de las viviendas, sino que también, constituye una dificultad para continuar con las tareas laborales cotidianas. Al respecto, el testimonio de María indica que:

Y vos viste que cada quince, veinte días tenemos control, son boletos, traerlos a los chicos a control son boletos ¿me entendés?, todo, todo, cuando venís a los hospitales no podés salir a trabajar, porque los levantás temprano a los chicos y los chicos andan conmigo para todos lados, cansados, no los voy a hacer caminar por todos lados atrás mío. Entonces tenés que tener un pesito guardado para la comida del mediodía, de la noche, para los boletos del otro día para volver a salir a trabajar (María, comunicación personal, 2019).

En cuanto a las estrategias desplegadas, se reconoce una dinámica compartida. Es posible identificar un primer momento, donde la imposibilidad de trabajar dificulta considerablemente el acceso a la atención, y una segunda instancia en la que la situación se modifica, al percibir la transferencia estatal. Las unidades domésticas, para sortear la distancia entre sus viviendas y el hospital, despliegan estrategias vinculadas, inicialmente, con el préstamo de dinero por parte de miembros de las familias extensas y, a partir del cobro, con la resolución autónoma a través del mercado.

De esta forma, como se puede identificar en los fragmentos a continuación, el recurso económico proveniente de la PTC-Tuberculosis constituye un capital fundamental que transforma los modos de resolución de este obstáculo. Esto resulta sumamente coherente con los aportes de Alves et al (2019), quienes sostenían la pertinencia de dispositivos de protección socioeconómica en el marco del abordaje de la tuberculosis. Como plantean los/las autores/as, la garantía de un recurso monetario habilita la posibilidad real de acceder y, sobre todo, sostener un tratamiento que, aunque se ofrece de manera gratuita en el sistema de salud público, se encuentra mediado y determinado por las distancias geográficas y el gasto en transporte, entre otros obstáculos.

Sin la ayuda económica no se hubiera podido (...) y por el alquiler, ¿cómo íbamos a pagar el alquiler? Y venir acá también era un gasto, aunque nos daban la medicación también era un gasto. Venir a la consulta eran tres boletos de ida y tres boletos de vuelta, venir a la mañana y por ahí tener que estar todo el día, a veces veníamos a la mañana y nos atendían al mediodía, entonces estar toda la mañana sin comer, sin tomar un desayuno...no, no, hubiera sido difícil, los primeros meses fueron más difíciles por eso (Karen, comunicación personal, 2019).

Mi papá por ahí tuvo que dejar, por el tiempo, pero al mismo tiempo como me ayudaba con los boletos, hasta que me hicieron el primer pago, mi papá me ayudaba, me daba plata para el colectivo (...) y, a veces, compramos algo con mi hija, pero siempre guardo la plata para cargar la tarjeta del colectivo, ahora sí, me alcanza (Florencia, comunicación personal, 2019).

El segundo elemento que se reconoce como obstáculo común en la accesibilidad a la atención sanitaria se vincula a la necesidad de acompañamiento. Resulta pertinente en este punto recuperar los aportes de Quevedo Cruz et al (2015), quienes planteaban la relevancia del soporte familiar como un factor protector en los procesos de abordaje de la tuberculosis, que permite no sólo sostener el malestar físico que la enfermedad implica, sino también la carga emocional aparejada con este proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado.

La necesidad de contar con acompañantes aparece con mayor contundencia cuando las unidades domésticas están conformadas por niños/as que requieren sostener, también, su tratamiento por tuberculosis. Al estar impedidos/as los/as adultos/as responsables con tuberculosis de asistir a los hospitales pediátricos, las unidades domésticas resuelven esta necesidad, nuevamente, apelando a redes de familia extensa.

Después cuando ya a mi hijo, al más chiquito le pasó lo mismo, la que estuvo acompañándolo, porque a mí no me dejaban entrar al hospital de niños, era mi cuñada, ella era la que vino a sacarle turno, traerlo para acá, hacerle los análisis, lo llevaba, lo traía cuando tenía turno y eso, ella estuvo, bueno, fue una de mis cuñadas (Marta, comunicación personal, 2019).

Cambió mucho, para mejor, porque ellos [sus papás] estaban ahí pendientes, cuando tuve el episodio del sangrado ellos me llevaron, me cuidaron más. Lo mismo con la bebé, cuando yo no podía llevarla porque no me dejaban, la llevaban ellos a la bebé, la llevaban al dispensario, le deban la medicación, todo (Florencia, comunicación personal, 2019).

Este elemento permite profundizar los aportes de Pautassi (2009), en tanto permite identificar, nuevamente, la centralidad de los vínculos familiares en la resolución de tareas de cuidado. La falta de dispositivos estatales que garanticen el cuidado, en este caso, de la infancia, traslada esta obligación al seno de las organizaciones familiares, lo que implica que cada unidad doméstica resuelva, por ejemplo, el acompañamiento de niños/as a instituciones de salud de manera diferencial de acuerdo a los recursos disponibles en cada caso.

A diferencia del elemento analizado anteriormente, la distancia geográfica, en torno a las estrategias desplegadas por las unidades domésticas en la resolución de la necesidad de compañía a centros sanitarios, no se identifican rupturas y/o transformaciones a partir de la percepción de la PTC-Tuberculosis. Por el contrario, las organizaciones familiares continúan lo resolviendo a través de la colaboración de otros miembros de la familia extensa. En este sentido, a partir de los aportes de Rodríguez Enríquez (2011), se puede comprender que la PTC-Tuberculosis no contempla mecanismos adicionales que se orienten a la redistribución del trabajo reproductivo, lo que habilita una continuidad en la

familiarización de las tareas de cuidado y en la responsabilidad de acceso a la atención sanitaria.

2. Modificaciones en las posibilidades de descanso y recuperación

Un segundo eje de análisis que permite adentrarse en las transformaciones producidas en el proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado refiere a las posibilidades que experimentaron los sujetos de descansar y recuperarse. Esta dimensión constituye uno de los elementos comunes dentro de los testimonios, en tanto de manera compartida las personas entrevistadas refieren que la posibilidad de contar con la transferencia económica proveniente de la PTC-Tuberculosis permitió la suspensión de ciertas tareas laborales y garantizó, por lo tanto, seguir las indicaciones de reposo.

No, yo siempre he sido muy de no quedarme, he trabajado con papera, he trabajado con varicela, he trabajado siempre, desde los cinco años, somos gitanas, así que, acostumbrados a trabajar de chicos, pero bueno, siempre he trabajado, hasta con fiebre he salido a trabajar (María, comunicación personal, 2019)

A partir del análisis propuesto en el capítulo 4, se puede comprender que la posibilidad de tomar una licencia y/o un retiro temporal o permanente del trabajo para propiciar el descanso y la recuperación constituye una evidente ruptura en las trayectorias de las estrategias familiares (Lera et al, 2007). Esto se comprende así en tanto se parte de un escenario en el que la trayectoria de empleo está estrechamente vinculada con la informalidad, lo que inhabilita el goce de ciertos derechos y garantías, como la ausencia por enfermedad, sin que esto represente una suspensión de los ingresos económicos familiares.

En el marco de estas trayectorias, la alternativa de disponer de un ingreso económico a corto plazo favorece la adopción de nuevas estrategias de cuidado, vinculadas a sostener integralmente un tratamiento. Esto implica, entonces, nuevas posibilidades para las familias en la organización de su vida cotidiana, a partir de la disminución de la urgencia del retorno laboral. Al respecto, Agustín y Karen plantean que:

Y sí, y sí, o sea, diferente en el sentido en que yo creo que hubiera tenido que salir a trabajar ahí nomás, no hubiera podido hacer el reposo que tenía que hacer, ¿me entendés? Sí, hubiera sido diferente, pero como ella me dijo que me iban a ayudar, que me aguantara, hice el reposo (Agustín, comunicación personal, 2019).

Y te digo la verdad, hubiéramos tenido que salir a trabajar de nuevo, lamentablemente a veces hay que decidir cosas así, hubiéramos dejado el tratamiento, el del ángel no, pero nosotros tendríamos que haber salido a trabajar de nuevo, apenas nos hubiéramos sentido mejor, tendríamos que haber salido, necesitábamos un ingreso (Karen, comunicación personal, 2019).

Los aportes de Terol García y Gamarra Mendonza (2002) permiten profundizar este análisis. Los autores plantean que existe una relación estrecha entre la tuberculosis y las

condiciones socioeconómicas de vida, tanto porque estas determinan la mayor o menor vulnerabilidad de enfermar como por los obstáculos que, luego, condicionan el acceso al diagnóstico, la atención y las posibilidades de sostener un tratamiento. En este sentido, se puede comprender que, en el caso de este estudio, esta vinculación se expresa, por un lado, en las condiciones materiales de vida en las que los sujetos llegan a enfermarse, analizadas en el capítulo n°4; por otro, en el proceso de empobrecimiento que la enfermedad y el primer tiempo de tratamiento constituyen para las familias y, por último, en la transformación que implica en la organización doméstica disponer del recurso monetario proveniente de la PTC-Tuberculosis. Esto posibilita apelar a otras estrategias de supervivencia y asumir el tratamiento de una manera más integral, es decir, no sólo tomando la medicación, sino también disponiendo tiempo de reposo y recuperación.

Otro aporte relevante en este punto del análisis lo constituye el trabajo de Menéndez (2005). De acuerdo a su lectura, se puede comprender que esta transformación enunciada por los sujetos en torno a las posibilidades de suspender las tareas laborales y dedicar un tiempo al descanso y la recuperación implica una transformación contundente del proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado, en tanto los procesos vinculados al trabajo constituyen, en las sociedades capitalistas modernas, un elemento central que determina las distintas formas personales y colectivas de enfermar y morir.

El modelo médico-hegemónico, como se explicitó, reduce la relación entre salud y trabajo a la posibilidad de los sujetos de continuar produciendo. Estar sano, desde esta mirada hegemónica, implica, solamente, la atención de un padecimiento que impide o puede impedir la tarea productiva (Menéndez, 2005 y Cueto, 2015). En este sentido, la transformación que opera en las estrategias vinculadas al descanso y la recuperación se puede comprender como una modificación, también, en las propias nociones en torno a la salud. Disponer de un recurso económico que resuelva las necesidades cotidianas permite a los sujetos alejarse de esta concepción hegemónica en torno a la salud y de dispositivos verticales y orientados a la recuperación rápida del sector trabajador (Cueto, 2015), al mismo tiempo que habilita la posibilidad de aplazar la urgencia de regresar al trabajo y de construir prácticas de autocuidado orientadas al reposo y la recuperación integral y oportuna.

En este sentido, se identifica como elemento común que los miembros de las unidades domésticas refieren, que, al finalizar el tratamiento, pueden identificar ciertas modificaciones que asocian con el cuidado de la salud y que se instalan con mayor permanencia en la vida cotidiana. Los fragmentos presentados a continuación ilustran esta dimensión:

No, no, yo no salgo a ningún lado (risas) mi único vicio es el cigarrillo, que por eso me vive retando la doctora porque dice que con el medicamento que tengo es complicado, pero de dos etiquetas que me fumaba de veinte me estoy fumando ocho, diez cigarrillos porque me ahogaba muy mucho. pero soy muy nerviosa, muy

activa entonces un cigarro para calmar las ansias, para la tranquilidad, no puedo estar sentada (María, comunicación personal, 2019).

Y bueno, y respecto al cambio que tuvimos, cambió mucho lo que es la alimentación, el cuidado, o sea, siempre tuvimos ese cuidado, pero no era así, nunca nos imaginamos que iba a llegar esa enfermedad a la casa, mejor dicho, siempre lo vimos de parte de afuera, pero cuando uno la vive, ya es muy distinto, es diferente (Marta, comunicación personal, 2019).

Recuperar estas percepciones en torno a las transformaciones en el cuidado propio resulta pertinente, no por su vinculación con la tuberculosis en particular, sino porque, recuperando los aportes de Menéndez (2003), se pueden comprender como una ampliación de las prácticas de autoatención. En este sentido, no interesa cuánto sumen a la curación específica del malestar, sino la intencionalidad de cuidado con la que los sujetos emprenden estas acciones y las posibilidades crecientes de decidir sobre el propio proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado.

3. Experiencias con la condicionalidad

Como último eje de análisis, en este apartado se ofrecen lecturas en torno a las transformaciones en el proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado vinculadas a la condicionalidad establecida en la PTC-Tuberculosis. Resulta necesario recordar que, para cobrar la prestación monetaria, los/las titulares deben asistir de forma diaria a instituciones de salud donde se supervisa la toma de medicación. A este mecanismo se lo denomina Tratamiento Directamente Observado (TDO). En estas páginas se hace hincapié en la PTC-Tuberculosis como parte del proceso de atención sanitaria y en las posibilidades de participación y transformación de las unidades domésticas en el diseño de la condicionalidad.

En primer lugar, resulta interesante ofrecer un análisis en torno a las distintas profesiones de la salud que intervienen en el acceso al recurso económico. La relevancia de propiciar el análisis desde este punto de partida se centra en los aportes de Arcidiácono (2017), quien adelantaba que, en el marco de las PTC, los/as profesionales de la salud ocupan un lugar central en el acceso u obstaculización del recurso, así como también en el proceso de legitimación de las prácticas de control y supervisión que estas acarrearán en forma de condicionalidad.

En este sentido, a la hora de indagar sobre la propuesta de gestión de la transferencia y los modos en que se presenta la condicionalidad, se identifica como elemento común que el recurso es propuesto, inicialmente, por el personal médico. Al respecto, los testimonios de Agustín, Marta y Gastón resultan ilustrativos:

La doctora me dijo ‘¿sabés que allá hay un servicio, que cuando vos tomás el tratamiento en una dependencia del hospital, vos vas todos los días y te pueden dar

una ayuda económica?’ ‘Ah, no, no sabía yo’ le dije (Agustín, comunicación personal, 2019).

Eh, la doctora, porque ella al mismo tiempo me hizo un cuestionamiento, y bueno, me dijo ‘cómo van a subsistir, de qué vivíamos, cómo vivíamos, de quién era la casa’. Ella antes me había hecho otras preguntas y, a raíz de eso, me dijo ‘bueno, vamos a hablar con la trabajadora social (Marta, comunicación personal, 2019).

No, la médica me dijo que había una posibilidad de una ayuda económica, porque yo en ese momento estaba sin trabajo, y bueno, me venía bien la ayuda, así que para eso la llamó a la trabajadora social (Gastón, comunicación personal, 2019).

De acuerdo a estos fragmentos, es posible proponer dos análisis. En primer lugar, la gestión de la PTC-Tuberculosis se ofrece en calidad de *ayuda*. Este elemento es sumamente relevante en tanto una de las discusiones fundamentales del Enfoque de Derechos en torno a las PTC refiere a la posibilidad que ofrece la figura de la condicionalidad para desdibujar la noción de derecho (Pautassi, 2010 y 2013, Rodríguez Enríquez, 2011). En este sentido, proponer y enunciar la PTC-Tuberculosis en calidad de ayuda transforma la exigibilidad de un derecho en una posibilidad que, finalmente, se definirá de acuerdo a una valoración que haga el/la profesional que disponga del recurso, en este caso, el personal médico.

Este elemento nos introduce a un segundo eje de análisis, vinculado a los criterios que los/las profesionales ponen en juego a la hora de ofrecer la prestación. De acuerdo a los testimonios, criterios como la falta de trabajo formal, las posibilidades de subsistencia, la tenencia de una vivienda, aparecen como decisivos, inicialmente, en la consulta médica. Luego, la intervención e interconsulta con trabajo social finaliza este proceso de valoración y define, en última instancia, la pertinencia o no de poner en marcha la gestión. Este mecanismo de evaluación es coherente con la noción de merecimiento que, de acuerdo a Arcidiácono (2017), opera en la distribución del recurso monetario por parte de los/las profesionales de la salud en este tipo de políticas de asistencia.

Asimismo, resulta interesante destacar que la información que los miembros de las unidades domésticas recuerdan haber recibido se vincula a la dimensión monetaria de la política social. Es decir, al menos en ese primer asesoramiento, no se identifica una discusión en torno a la condicionalidad que esta política exige como requisito. En base a esto, cabe interrogarse, entonces, en torno a qué participación tuvieron los miembros de las unidades domésticas en el diseño de la condicionalidad, en este caso, el TDO.

Al indagar en este elemento, se identifica que la elección del lugar donde los/las titulares de la PTC-Tuberculosis realizarán el TDO siempre se hace bajo la premisa de que este espacio debe ser una institución de salud. Los testimonios de Agustín y Gastón son claros al respecto:

Me preguntaron si yo tengo algún centro de salud a donde me quedara cómodo, y yo les dije ‘este hospital está a dos cuadras de mi casa’, ‘ah bueno, entonces bárbaro’(...) me hubiera convenido en la escuela, todos los días voy a la escuela, por mis hijos. ¿Pero después, en las vacaciones, cómo hacíamos? Si a mí me hubieran dicho ‘también puede ser una escuela o una cosa así’, yo hubiera elegido la escuela,

porque todos los días tengo que ir a la escuela, entonces ahí puedo hacer todo de una (Agustín, comunicación personal, 2019).

No, ni idea por qué acá, a mí me trajeron acá, y después me dijeron que tome acá, no elegí yo, no tenía ni idea (Karen, comunicación personal, 2019).

De esta forma, no se ofrecen alternativas comunitarias y/o territoriales que resulten más cómodas o accesibles para las personas involucradas, sino que se prioriza la presencia de un/a profesional de la salud que lleve a cabo la supervisión diaria. Este elemento permite reforzar el análisis surgido a partir de los aportes de Pautassi, Arcidiácono y Straschnoy (2014) y comprender cómo, mediante la implementación de la condicionalidad, el personal de salud se transforma en una autoridad de control y disciplinamiento de la población.

Asimismo, la exigibilidad de la presencia de un profesional de la salud como supervisor/a del tratamiento se puede comprender también desde los aportes de Menéndez (2005). El autor plantea, justamente, cómo a través de la instalación del Modelo Médico Hegemónico se logra imponer una visión en torno a la medicina como un saber autónomo, científico y legítimo para intervenir sobre los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado de la población y se descarta la protección que otros grupos o sectores sociales pueden aportar al cuidado de la vida y la atención de los padecimientos.

Ahora bien, una vez iniciado el TDO, se identifican ciertas transformaciones en las estrategias familiares tendientes a realizar acuerdos, más o menos flexibles, con los equipos de salud territorial. Estos acuerdos, tal como se explicita en los testimonios que siguen, se orientan, sobre todo, al establecimiento de horarios.

Sí, hice un acuerdo con el enfermero, el enfermero de la tarde, porque a veces se hace difícil, por ejemplo, los días viernes yo no vuelvo hasta la noche (Agustín, comunicación personal, 2019).

Cuando me ponían las inyecciones iba todos los días, después bueno, me daban la medicación y me la llevaba a mi casa, era depende la época, arreglábamos, porque eso era por el control que la tome, yo sabía que yo estaba haciendo todo bien, entonces lo acordaba con el médico del centro de salud, pero eso era porque yo sabía que estaba haciendo todo bien. Y después me firmaban la planilla, porque sí me pedían firmas, muchas firmas (Gastón, comunicación personal, 2019).

Entonces yo iba los días jueves y me daban el medicamento para todos los días, para el viernes, sábado y domingo (...) Sí, hice un acuerdo, porque la otra enfermera no quiere darme medicamentos para que yo me los lleve, el único día que me lo da es el día viernes y el sábado (Agustín, comunicación personal, 2019).

Sí, sí, yo me levanto temprano, bueno, por ahí si no puedo ir a la mañana voy al mediodía, pero sí, es flexible, la enfermera del dispensario es una masa (María, comunicación personal, 2019)

Nosotros elegimos ir a la mañana porque nos quedaba más cómodo, ellos te decían entre las 8 y las 12 y bueno, nosotros íbamos. Ellos manejaban la planilla, nos dijeron que tenía que quedar ahí para que ellos cuando fuéramos a tomar la

medicación, la marcaran, marcaran que íbamos” (Julieta, comunicación personal, 2019).

De acuerdo a estos elementos, se puede comprender que el grado de participación que tienen los/las titulares de la PTC-Tuberculosis en la elección del día y horario de asistencia a los centros de salud es variado y depende, en gran medida, de los consensos interpersonales que cada uno/a pudiera establecer con los/as profesionales de la institución. Este elemento es primordial si se tienen en cuenta los aportes de Rodríguez Enríquez (2011), quien sostiene que una dimensión central de análisis de las PTC se relaciona al grado de punitivismo con el que se asuma y diseñe la condicionalidad. En base a los testimonios, en la implementación de este dispositivo no operan criterios iguales en todas las instituciones y la mayor o menor rigidez se puede vincular con las estrategias desplegadas por los/las titulares, lo que resulta coherente, también, con la centralidad que le otorgan Aquín et al (2014) a los capitales sociales que permiten a las familias identificar con quién y cómo establecer negociaciones y consensos.

Asimismo, otro elemento relevante en este análisis refiere al uso de la herramienta de registro, la planilla de tomas diarias donde se certifica el cumplimiento de la condicionalidad. En este aspecto, la participación de los sujetos resulta casi inexistente, en tanto la planilla es manejada diariamente por los/as profesionales involucrados/as, nuevamente reforzando el análisis del personal de salud como autoridad de control. Los fragmentos a continuación permiten ilustrar la centralidad de este elemento:

No, no, en el dispensario está la planilla, ella nos da la pastilla, ella marca, ella maneja todo (María, comunicación personal, 2019).

La planilla se quedaba allá, hasta que terminara el tratamiento la planilla se quedaba allá, íbamos marcando, sábados y domingos también, ningún día quedaba sin marcar, los feriados, y todo eso (Marta, comunicación personal, 2019).

Iban marcando, y ellos firmaban que yo asistía, cuando terminó el tratamiento ahí sí me la dieron, para que me quede constancia de que hice el tratamiento, pero mientras duraba siempre la manejaban ellos, siempre ellos (Marta, comunicación personal, 2019).

No me daba vergüenza la planilla, pero siempre pensé por qué era esa planilla, nadie me dijo, la Jose [trabajadora social] me dijo que era para ver lo de la medicación, porque a esa medicación no se la dan a cualquiera, que yo no la podía manejar, que solo la podían tener en el centro de salud, por eso (Florencia, comunicación personal, 2019).

De esta forma, se puede comprender que la falta de información y de participación en el manejo de este instrumento refuerzan la noción de control que ejercen los/as profesionales de la salud y los vínculos asimétricos y verticales, en tanto “la planilla” se convierte en un dispositivo que es inaccesible para las personas que están realizando el tratamiento, pero que, al mismo tiempo, se utiliza para registrar su información personal. Este elemento puede comprenderse a partir de los aportes conceptuales de Menéndez (2005) y la noción de la medicina como disciplina amparada en cánones de una supuesta cientificidad y objetividad que le permite erigirse como única autoridad legítima en materia

de salud y, desde esa posición, construir vínculos que son asimétricos y jerárquicos con quienes acuden a instituciones de atención sanitaria.

Asimismo, esto resulta coherente, nuevamente, con la discusión en torno a la tarea paternalista y de disciplina que se ejerce desde las instituciones de salud en el marco de las PTC y al constante escrutinio público al que se somete a sus titulares (Arcidiácono, 2017 y Pautassi, Arcidiácono y Straschnoy, 2014). Las autoras plantean que el ejercicio de este escrutinio constante se realiza desde los marcos de moralidad que manejen los/las profesionales de la salud intervinientes, en tanto se configuran como autoridad legítima para definir el merecimiento del recurso. El trabajo analítico en torno a la PTC-Tuberculosis permite comprender cómo estos marcos de valoración pueden generar situaciones de discriminación, agresión y violencia institucional entre los/las titulares de la prestación, tal como se identifica en los siguientes testimonios:

Al principio cuando me recibieron estaban dos personas, la doctora y después otras enfermeras. En ese momento bien, me dijeron que no tenían ningún problema, que yo podía ir a tomar la medicación allá, y qué sé yo, pero ya cuando empezaron los días en que iba a tomar fue más incómodo, porque una de las enfermeras hizo referencia a que la gente extranjera, la gente de afuera, se viene a enfermar, y ‘encima de enfermarse les tienen que pagar’ (Marta, comunicación personal, 2019).

Me daba vergüenza ir, primero cuando empecé me fui a ese porque me quedaba más cómodo y porque me daba vergüenza (...) me daba vergüenza la enfermedad, aparte me hacían tomar la pastilla ahí, al frente, y eso me daba vergüenza, usar barbijo, todo eso (...) Después cuando me llenaban el papel para cobrar me retaban, siempre me retaban, pero no me importaba (Florencia, comunicación personal, 2019).

En este sentido, se puede comprender que, en primer lugar, la supervisión del tratamiento no constituye una opción, una alternativa, sino que aparece como un requisito indispensable e innegociable para el acceso a la transferencia económica. En segundo lugar, se analiza que este requisito responde a una exigencia del equipo de salud, ya sea hospitalario o territorial, antes que a una necesidad que surja del interior de la organización familiar. De esta forma, se fortalece el análisis propuesto por Garcés (2017) en torno a las percepciones sobre los/las titulares de las PTC en relación a su autonomía para ejercer el propio cuidado de la salud y permite caracterizar la PTC-Tuberculosis como una política asistencial sostenida en prácticas punitivas y en el Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 2005), ya que se asume como legítima la potestad del saber biomédico para supervisar y controlar la cotidianidad de los/las afectados/as por la tuberculosis y ya que, si no se cumple la asistencia diaria, el recurso económico se pierde.

Asimismo, este análisis se puede profundizar si se tienen en cuenta los aportes de Basile (2018 y 2020) y Cueto (2015), en torno a las raíces coloniales de ciertos dispositivos sanitarios en América Latina. La noción de la condicionalidad como una exigencia surgida desde los equipos de salud se puede comprender con mayor precisión si se valora que las prácticas autoritarias, verticales y de control para el manejo de enfermedades infecciosas, como la tuberculosis, no constituyen una decisión arbitraria de los/las agentes de salud, sino que responden a paradigmas y modelos en salud ampliamente extendidos en América Latina.

El panamericanismo (Basile, 2018) explica la instalación de prácticas como el TDO, promovidas por autoridades epistémicas como la OMS y la OPS, que se orientan a controlar, supervisar y garantizar el cumplimiento de tratamientos médicos sin contemplar las decisiones, el autocuidado y la salud integral de las personas involucradas. Asimismo, la noción de Salud Global Liberal, explica cómo ciertas nociones vinculadas a la Teoría del Capital Humano, se instalan en las agendas sanitarias de los países latinoamericanos, dando lugar a políticas de asistencia focalizadas, condicionadas y punitivas como este caso (Basile, 2020)

Porque esa es la forma de controlar que todos la tomen, que los dos la tomemos, para poder cobrarla nosotros sabemos, la trabajadora social y la doctora nos dijeron que para poder cobrar tienen que estar la enfermera asegurándose que nosotros día a día estemos tomando y haciendo el tratamiento (María, comunicación personal, 2019).

Sí, uno de esos (los requisitos) era ir a un centro de salud y ahí tomar la medicación, que conste que yo estoy haciendo tratamiento, y el otro era que para ir a cobrar tenía que llevar la copia firmada por la doctora, diciendo que estaba tomando, que sí, que estaba tomando (Marta, comunicación personal, 2019).

Como se puede ilustrar a través de estos testimonios, la supervisión diaria de la toma de medicación a la que se ata la prestación, aparece como una manera del equipo de salud de obtener garantías en torno al tratamiento indicado, mientras que en ninguno de los relatos este dispositivo se entiende como una estrategia de resolución de necesidades propias, ya sea posibles olvidos de la medicación, dificultades para comprender las indicaciones o las recetas, miedos o incertidumbres frente al diagnóstico, entre otros. Incluso, como se presenta en el último fragmento de las palabras de Florencia, esta necesidad no se resuelve solo con la supervisión diaria, sino que también se exige que otros miembros de la unidad doméstica se involucren en el dispositivo, lo que genera, evidentemente, transformaciones en las estrategias de organización.

Los nueve meses vine todos los días a tomar la medicación acá (...) y eso fue así porque querían controlar, querían ver por qué yo me había enfermado de nuevo, querían ver si lo hacía bien (Karen, comunicación personal, 2019).

Y lo del TDO se trataba de ir a tomar la medicación al centro de salud, que la doctora nos viera que nosotros íbamos al centro de salud, que ella nos viera, nos viera todos los días (...) sí, durante todos los meses del tratamiento (Julieta, comunicación personal, 2019).

Al principio iba sola, después empezó a ir mi papá, porque la trabajadora social le pidió que vaya y que tome la pastilla al frente de él, entonces él venía conmigo al centro de salud y miraba que yo la tomara. Él firmaba también, y el fin de semana se hacía cargo él, se llevaba la medicación y me la daba él y firmaba él (Florencia, comunicación personal, 2019).

En síntesis, en relación a las condicionalidades se pueden ofrecer las siguientes claves de lectura y análisis. En primer lugar, el recurso se ofrece en calidad de ayuda y no opera, en ningún caso, la enunciación o garantía de un derecho. En segundo lugar, los

dispositivos de supervisión del tratamiento no son iguales ni estáticos, sus pautas y acuerdos varían de acuerdo a las estrategias desplegadas por las unidades domésticas para consensuar con los equipos territoriales.

Finalmente, la estrategia de supervisar los tratamientos se percibe y se presenta como una necesidad de los/las profesionales de las instituciones sanitarias, enmarcada en dispositivos de atención biomédicos con una impronta panamericana y colonial, y no resuelve ninguna necesidad, al menos enunciada, por las unidades domésticas. Esto refuerza los vínculos asimétricos entre profesionales y usuarios/as de las instituciones de salud y expone, en algunos casos, a los/las titulares de la PTC-Tuberculosis a situaciones de maltrato y/o violencia institucional.

CONCLUSIONES

A lo largo del escrito se presentó un trabajo de investigación orientado por la consecución de un objetivo principal: analizar las rupturas y continuidades en las estrategias de reproducción social de las unidades domésticas de los sujetos diagnosticados con tuberculosis en el Hospital Rawson, Córdoba, a partir del acceso a una Política de Transferencia Condicionada -Régimen de Protección Socioeconómica del paciente afectado por Tuberculosis- durante los años 2016-2019.

Para lograrlo, se propuso, en primer lugar, realizar una caracterización socioeconómica de las unidades domésticas involucradas, que permitiera dar cuenta de los escenarios donde estas estrategias, sus transformaciones y/o continuidades tienen lugar. En segundo lugar, se llevó a cabo un análisis de las transformaciones ocurridas en el campo de las condiciones de existencia, lo que permitió adentrarse en las estrategias desplegadas en los consumos y servicios, el mundo del trabajo, el uso del tiempo libre y los capitales social y cultural. Por último, se ofreció el trabajo analítico realizado en torno al proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado y las transformaciones en las estrategias relacionadas a este campo. En los próximos párrafos, entonces, se sintetizarán las principales conclusiones del ejercicio analítico.

En este sentido, el primer elemento a recuperar se vincula con las posibilidades de delinear la relación entre tuberculosis y condiciones materiales de vida mediante sus expresiones locales específicas. De esta forma, se identificó que la población afectada por la tuberculosis atendida en el Hospital Rawson, Córdoba, está conformada en gran parte por adultos/as jóvenes, principalmente varones, con edades mayoritarias entre los 20 y 39 años.

Asimismo, se reconoció que sus unidades domésticas se configuran predominantemente como familias nucleares. A pesar de que esta forma de organización familiar fue mayoritaria en los cuatro años del estudio, se identificó, también, un crecimiento considerable a lo largo del período de las unidades domésticas extensas, ensambladas y sin núcleo. El análisis en torno al agrupamiento de distintos núcleos familiares en una misma vivienda como una posible estrategia de supervivencia familiar constituyó un primer elemento que permitió acercarse a comprender que esta población forma parte de la organización social de la pobreza.

Esta comprensión se fortaleció en la medida en que se identificó un aumento del 25% de la desocupación a lo largo del período estudiado, en paralelo con un descenso considerable del porcentaje de la población protegida por prestaciones del sistema de seguridad social, tales como jubilaciones o pensiones. Asimismo, se destacó que, dentro de las personas ocupadas laboralmente, durante los años estudiados, la informalidad creció considerablemente, con un aumento del 70%. Un último elemento dentro de las condiciones de empleo que se destacó refirió a que, durante el primer año (2016), la mayoría de las personas desempleadas sólo había alcanzado la escolaridad primaria. Sin embargo, a partir del año 2017 en adelante, aumentaron dentro del grupo de personas desempleadas los porcentajes de escolaridad secundaria, así como la terciaria y universitaria en menor medida.

De esta manera, se pudo comprender que el bienestar para este grupo poblacional se encuentra mercantilizado, es decir, dependen de su inserción en el mercado laboral para la resolución de sus necesidades diarias. Sin embargo, esta mercantilización opera de manera incompleta e inestable, en tanto la informalidad es la característica primordial de su inserción laboral. Este elemento va a ser fundamental para comprender, luego, las transformaciones ocurridas en las estrategias de reproducción, en tanto los miembros de las unidades domésticas involucradas enfrentan el proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado sin la protección de derechos laborales que garanticen el acceso a recursos para la resolución de necesidades cotidianas.

Otro elemento interesante que permite especificar la relación entre tuberculosis y pobreza en esta población se vincula a las condiciones habitacionales. Se identificó un crecimiento considerable tanto del hacinamiento crítico como del moderado, lo que resulta coherente con el aumento de familias extensas, ensambladas y sin núcleo.

En base a estas dimensiones recuperadas se comprendió, entonces, que las unidades domésticas que conforman esta población pertenecen a la organización social de la pobreza y que sus expresiones no son estáticas, sino que, por el contrario, se fueron transformando a lo largo del período de estudio. Esto permitió acercarse, entonces, a caracterizar los escenarios familiares del 2016 como parte de la pobreza estructural y, desde el 2017 en adelante, en relación a la categoría de empobrecimiento o nuevos pobres.

Es en estos escenarios familiares donde tiene lugar la tuberculosis y, luego, la percepción de la política de transferencia condicionada estudiada. Estos elementos constituyeron insumos muy valiosos para el trabajo de análisis en torno a las estrategias de reproducción, ya que permitieron dar cuenta de las condiciones que operaban como punto de partida y comprender sus procesos de transformación en clave de trayectoria.

Ahora bien, adentrarse en las estrategias de reproducción social de las organizaciones familiares, sus transformaciones y continuidades permitió reconocer ciertos elementos en común. En este sentido, propongo sintetizar las diversas transformaciones analizadas alrededor de dos momentos claves.

El primero de estos momentos, coincidente con la aparición de la enfermedad, se asocia a la disminución del empleo asalariado, ya sea su pérdida total o parcial. Frente a la informalidad y su consecuente falta de derechos laborales y garantías, esta reducción implica una disminución o pérdida total de los ingresos monetarios con los que las familias resolvían su reproducción cotidiana. De esta forma, en las trayectorias familiares la aparición de la tuberculosis constituye un elemento de ruptura que agudiza las condiciones de pobreza. Propongo, a partir del análisis presentado, entender esta ruptura como una dinámica de empobrecimiento en escenarios familiares que, con anterioridad, ya se encontraban atravesados por la vulnerabilidad, la informalidad y la precariedad en la resolución de su bienestar.

Frente a la agudización de las dificultades en la reproducción cotidiana, las estrategias familiares se transforman significativamente. Es en este punto donde las familias extensas, las redes vecinales y comunitarias aparecen como garantes del bienestar y sirven de apoyo a aquellas unidades domésticas con dificultades para garantizar el alimento diario,

el cuidado de la niñez o la disponibilidad de un lugar donde vivir. En este sentido, se comprende que la constelación del bienestar se amplía, en tanto las organizaciones sociales, comunitarias y las redes de familia extensa ocupan un lugar central para la organización doméstica.

Sin embargo, en esta ampliación de la constelación de bienestar resulta necesario detenerse en algunos análisis puntuales. En primer lugar, cabe destacar cómo son las redes comunitarias y familiares quienes, frente a la situación de enfermedad, garantizan el acceso a bienes básicos e indispensables para la vida en general, como el alimento, y para la recuperación de la tuberculosis en particular, como condiciones adecuadas de habitabilidad. En este sentido, es destacable que, en contraste a los vínculos laborales informales que se retraen frente al problema de salud específico, las lógicas de organización comunitaria actúan de manera diferente, lo que evidencia la presencia y el fortalecimiento de relaciones solidarias entre las unidades domésticas y los espacios comunitarios.

En segundo lugar, esta ampliación del bienestar hacia las redes familiares y comunitarias opera como mecanismo subsidiario y temporal. Las prácticas de aprovisionamiento que desempeñan las familias en el momento de ajuste y agudización a través de sus capitales sociales se experimentan desde el malestar, la incomodidad, por lo que se revierten en el menor tiempo posible. Incorporar a otros actores en la resolución diaria de necesidades constituye, entonces, una práctica subsidiaria que surge como alternativa frente a la imposibilidad de participar en el mercado de compra y venta de bienes. Sin embargo, cuando las unidades domésticas pueden optar nuevamente por qué mecanismo garantizar el bienestar, vuelven a resolverlo a través del mercado, incluso, no sólo para los miembros de sus familias, sino también, como modo de devolución a quienes colaboraron en la reproducción cotidiana previamente.

En este sentido, se puede comprender que el mercado se sostiene como fuente primaria del bienestar y la familia como institución legítima para garantizar el cuidado. Esto dado que la misma dinámica tiene lugar tanto en las estrategias en el acceso a bienes y consumos como en la organización de las tareas de cuidado, donde la división sexual del trabajo acrecienta el carácter subsidiario de la ayuda y/o colaboración de las redes vecinales.

Si bien se analizó que en las estrategias vinculadas a la organización del cuidado operó cierta desfamiliarización, al no contar con un soporte estatal o, incluso, del mercado, las tareas de cuidado se convierten en un trabajo extra no remunerado para otras mujeres por fuera de las unidades domésticas. Es decir, se identificó el traslado del cuidado desde la esfera privada hacia una lógica colectiva, pero esa fuga continúa sosteniéndose en mandatos de género e inequidades en la distribución del trabajo donde las mujeres resultan doblemente responsables y deben asumir jornadas laborales dobles o incluso triples: trabajos informales en el mercado laboral, trabajos de cuidado hacia el interior de sus organizaciones familiares y trabajos de cuidado para sostener a aquellos/as que, anteriormente, dependían de una mujer que está atravesando un problema de salud.

De esta forma, las transformaciones de las estrategias vinculadas al trabajo de cuidados se pueden analizar como una efectiva distribución nueva de las tareas. Aquí

aparecen como actores claves miembros de la familia extensa y la red comunitaria, pero esta nueva distribución no opera por fuera de los mandatos de género que asocian el cuidado a una responsabilidad única de las mujeres, sino que, por el contrario, los refuerzan.

Como segundo momento, se identificó una instancia de recuperación, asociada, ahora sí, a la percepción del cobro de la PTC-Tuberculosis. En este momento, el Estado, a través de la prestación condicionada, habilita una posibilidad de recursos económicos que se constituyen como primordiales, no sólo para la supervivencia, sino también para la mejora en la calidad de vida de las familias afectadas por la situación de enfermedad. Esto se expresa, por ejemplo, en la ampliación y diversificación en el acceso a alimentos, bienes habitacionales, prácticas de recreación, gastos en vestimenta y educación, transporte y accesibilidad sanitaria. De esta forma, resulta innegable que el recurso económico proveniente de la PTC-Tuberculosis constituye un capital fundamental que transforma los modos de resolución de las necesidades cotidianas y hace posible sostener de manera integral el tratamiento indicado, es decir, no sólo tomando la medicación, sino también disponiendo tiempo de reposo y recuperación.

En este proceso de recuperación, las transformaciones en las estrategias de reproducción se orientan, en gran parte, por dos principios: la prioridad otorgada a las necesidades de la niñez y las dinámicas de planificación. La centralidad de las necesidades de la niñez hacia el interior de las unidades domésticas se pudo observar en todas las dimensiones analizadas. Tanto en las estrategias vinculadas al acceso a la alimentación, como en la educación, la vestimenta, el hábitat, el uso del tiempo libre, la prioridad de las necesidades de la infancia se pudo identificar como una práctica continua, es decir, que orienta las estrategias independientemente del momento de salud y/o económico que las unidades domésticas estén atravesando. Este elemento se comprendió en dos sentidos: en primer lugar, en relación a la carga moral con la que se construyen gastos válidos y legítimos frente al dinero estatal, dentro de los que se incluye, claramente, el cuidado de niños/as. Por otro lado, en relación a la carga que se construye a partir de las PTC sobre las mujeres como cuidadoras innatas y administradoras de recursos para la niñez.

En relación a las dinámicas de planificación, estas se analizan en contraste con las decisiones mediadas por la urgencia del momento anterior. A lo largo del trabajo analítico se comprendió que la disponibilidad de la transferencia económica significó para las unidades domésticas la posibilidad de repensar los consumos fuera de lo urgente y transformar las estrategias a partir de dinámicas de organización familiar donde se torna posible planificar los gastos, la alimentación, las salidas recreativas y hasta las transformaciones habitacionales. Lo mismo sucede en el mundo del trabajo, donde el regreso al empleo fuera del hogar aparece como una decisión paulatina, que no está mediada por la urgencia económica y, por el contrario, esta decisión se toma, en su mayoría, durante los meses de cobro de la transferencia económica, de acuerdo a cada proceso particular de recuperación y en grados crecientes de autonomía.

Asimismo, las transformaciones que tienen lugar en las estrategias de reproducción en este momento, también, operan como constitutivas de la noción de autocuidado y autoatención y se transforman en un elemento que permite disputar sentidos hegemónicos

en torno a la salud. A lo largo del análisis se comprendió que, de manera compartida, las indicaciones brindadas por el personal médico no podían ser abordadas por las unidades domésticas en tanto no se ampliaran los recursos monetarios disponibles. En este sentido, el acceso al recurso económico ofrecido por la PTC-Tuberculosis habilitó, por ejemplo, garantizar la alimentación de manera autónoma y planificada, lo que implicó para las unidades domésticas no sólo la supervivencia en términos nutricionales, sino también, concretar una práctica estrechamente asociada con su participación en el proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado. Las transformaciones ocurridas en los escenarios familiares se interpretaron como una modificación, también, en la comprensión misma de la noción de salud: estar sano ya no implica solamente atender un padecimiento para poder reincorporarse lo más pronto posible a las tareas productivas, sino también, incorporar prácticas de autoatención y autocuidado, orientadas a la recuperación paulatina e integral del bienestar.

Una dinámica similar se dio en relación a las condiciones habitacionales. Las indicaciones recibidas por las unidades domésticas por parte del equipo de incluían, en todos los casos, la sugerencia de habilitar dentro de la vivienda un espacio con condiciones óptimas de habitabilidad, no sólo para propiciar la recuperación, sino también para disminuir las posibilidades de contagio. En este sentido, la posibilidad de contar con el recurso de la PTC-Tuberculosis permitió generar ciertas estrategias percibidas por las unidades domésticas como prácticas de cuidado, hacia la persona enferma y de mutuo cuidado con el resto de los miembros de las familias.

En este punto, resulta interesante recuperar cómo, mediante la hegemonía biomédica y la autoridad que representa el personal sanitario en la organización de la vida cotidiana, mediada por las lógicas de condicionalidad, la información y saberes incorporados en las instituciones de salud adquieren un lugar prioritario a la hora de tomar decisiones. En este sentido, se comprendió que la incorporación de nuevos capitales culturales, como saberes vinculados al cuidado de la salud y la atención de la tuberculosis, transformó la jerarquía, por ejemplo, de las prácticas de consumo. Esto se asoció, nuevamente, al rol tutelar que asumen los/las profesionales de la salud en cotidianidades mediadas por una política de transferencia condicionada. Se comprendió, entonces, que lo que subyace en la priorización de prácticas identificadas con el cuidado de la salud, como la mejora de la alimentación y del hábitat, en detrimento de su uso vinculado a la recreación o al tiempo libre, es la idea de la medicina como un saber legítimo para intervenir en la vida cotidiana de los grupos familiares y la prelación de que el dinero percibido proviene del campo de la salud y, por lo tanto, su “buen uso” es aquel orientado a la superación y/o tratamiento de la enfermedad.

De esta manera, la lógica de la condicionalidad que caracteriza a la transferencia monetaria operó como un elemento central en las transformaciones de las estrategias de reproducción social. A lo largo del documento se reconoció cómo la exigibilidad planteada por el equipo de salud implicó modificaciones, por ejemplo, en el mundo del trabajo, no sólo de la persona con el diagnóstico de tuberculosis, sino también del resto de los miembros adultos de la unidad doméstica. La exigibilidad de asistir diariamente a centros de salud es vivida en términos de disyuntiva, de contradicción, en tanto las familias deben solventar más gastos, por ejemplo, de transporte, y disponen de menos tiempo para ofrecer su fuerza laboral en el mercado.

Además, se identificó cómo las redes establecidas con los/as trabajadores/as de la salud, principalmente en instituciones de atención primaria, les permitió a los/las titulares de la PTC-Tuberculosis crear acuerdos en torno a la condicionalidad de supervisión diaria. Las relaciones que se establecieron entre usuarios/as y supervisoras/es de la medicación constituyó para las familias un capital fundamental para flexibilizar y amoldar las exigencias de la PTC-Tuberculosis a su vida cotidiana. De esa forma, una vez iniciada la supervisión exigida como condicionalidad, se identificaron ciertas transformaciones en las estrategias familiares tendientes a realizar acuerdos, más o menos flexibles, con los equipos de salud territorial.

En consecuencia, el grado de participación que tienen los/las titulares de la PTC-Tuberculosis en el diseño de la condicionalidad como parte del proceso de atención, depende, en gran medida, de los consensos interpersonales que cada uno/a pudiera establecer con los/as profesionales de la institución. En base al trabajo analítico, se comprendió que en la implementación de este dispositivo no operan criterios iguales en todas las instituciones y el mayor o menor grado de flexibilidad de la PTC-Tuberculosis se puede vincular con las estrategias desplegadas por los/las titulares y a los capitales sociales que permiten a las familias identificar con quién y cómo establecer negociaciones y consensos.

En adición a esto, en el análisis de estas estrategias de negociación, se pudo comprender que la falta de información y de participación en el manejo de instrumentos de registro como la planilla de supervisión diaria refuerza la noción de control que ejercen los/as profesionales de la salud y los vínculos asimétricos y verticales. Este elemento se vinculó a la tarea paternalista y de disciplina que se ejerce desde las instituciones de salud en el marco de las PTC y al constante escrutinio público al que se somete a sus titulares. Asimismo, se identificó cómo los marcos de valoración en torno al merecimiento del recurso generaron situaciones de discriminación hacia los/las titulares de la prestación.

De esta manera, se concluye que la supervisión diaria de la toma de medicación a la que se ata la prestación constituye una manera del equipo de salud de obtener garantías en torno al tratamiento indicado y se enmarca en una trayectoria vertical y colonial de diseño de políticas sanitarias en América Latina. En este sentido, en ninguno de los escenarios este dispositivo se construye como una estrategia de resolución de necesidades de los sujetos protagonistas del proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado, ya sea posibles olvidos de la medicación, dificultades para comprender las indicaciones o las recetas, miedos o incertidumbres frente al diagnóstico, entre otros.

Frente a estos elementos finales, surgen, al menos, tres interrogantes emergentes. En primer lugar, resulta necesario detenerse, una vez más, en la complejidad que implica para las mujeres responsables del trabajo reproductivo no remunerado asumir un proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado de estas características mediado por la exigibilidad de cumplir con un tratamiento supervisado de manera diaria para acceder a un recurso que, como se analizó, constituye un capital fundamental para la supervivencia y la reproducción.

Evidentemente esta discusión excede el campo de análisis de esta política social específica y remite a la necesaria revisión de las PTC como dispositivo de asistencia focalizada y al reconocimiento del cuidado como un derecho que necesita ser atendido de

manera urgente. Sin embargo, al revisar el trabajo presentado, resulta pertinente interrogarse en torno a qué posibles estrategias podrían acompañar, desde el campo de la salud, a la gestión de recursos monetarios y facilitar la organización del cuidado en estos escenarios. Centrar la mirada en la distribución del trabajo reproductivo podría aportar, sin lugar a dudas, a atenuar los mandatos de género que se permean en la implementación de estas políticas asistenciales y disminuir las inequidades entre varones y mujeres en sus posibilidades de atravesar y asumir los distintos procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado.

En segundo lugar, considero pertinente continuar interrogando en torno al lugar predominante que ocupa el mercado como espacio privilegiado en la resolución del bienestar. Tal como se evidenció a lo largo del documento, aun cuando la constelación de bienestar se amplía, el mercado de compra y venta de bienes y servicios continúa ostentando un lugar principal en la resolución de necesidades diarias, por lo que el desarrollo de otras estrategias, ya sean familiares, ya sean comunitarias, adquieren un carácter subsidiario y temporal. Algunas líneas de lectura en torno a este proceso podrían vincularse a la carga que se ejerce sobre otras mujeres cuando se socializan ciertas tareas y/o a la carga moral que tiene el dinero proveniente del Estado y el escrutinio público constante al que se someten sus titulares, en contraposición con, quizás, mayores grados de autonomía percibidos en la participación en el mercado. Sin embargo, este constituye un punto interesante para ser profundizado e interrogado con precisión, en tanto hace parte de un concepto clave a la hora de mirar la Política Social: la interrelación entre mercado, familia y Estado como garantes del bienestar.

Por último, a partir del análisis específico de las experiencias en torno a la condicionalidad, resulta necesario profundizar en los sentidos en torno a la salud y a la pobreza que se ponen en juego en la implementación de esta política asistencial en particular y de las PTC en general. Haciendo eco de las discusiones en torno a las prenociones sobre la pobreza que sustentan este tipo de intervenciones, cabe interrogarse ¿qué se asume cuando se exige a un/a ciudadano/a someterse a una supervisión diaria por profesionales de la salud? ¿cómo se comprende su proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado?

El trabajo analítico presentado puede constituir un pequeño aporte, entonces, para la revisión de estos dispositivos de atención y asistencia en las instituciones de salud pública, en tanto resulta tan interesante como necesario continuar profundizando alrededor de los sentidos sobre la asistencia y, particularmente, sobre las mujeres como sujetos de derechos presentes en este tipo de dispositivos que permea el campo de la protección social en toda América Latina.

BIBLIOGRAFÍA

Alves J., Arroyo, L., Moraes Arcoverdea, M., Cartagena-Ramosa, D., Zamboni Berraa, T., Alvesa, L., Vieira Ramosa, C., Fuentealba-Torresa, M., Simionato de Assisa, I., Célia Fioratib, R., Nunesc, C. y Arcêncioa, R. (2019) Magnitud de los determinantes sociales en el riesgo de mortalidad por tuberculosis en el Centro-Oeste de Brasil. *Gac Sanit.* <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.01.004>

Andrenacci, L. y Repetto, F. (2006) Un camino para reducir la desigualdad y construir ciudadanía, en Molina, C. (editor): *Universalismo básico: hacia una nueva política social en América Latina*; Washington, BID-Planeta.

Aquín, N. (Ed.) (2014) *Asignación Universal por Hijo ¿Titulares o tutelados?* Córdoba, Argentina. Ed. Espacio.

Arcidiácono, P., Bermúdez, A. (2018). “Ellas hacen”. Programas sociales y exigencias a las mujeres en Argentina. *Revista Estudios Feministas*, 26(2), e45297. PP 1-16

Arcidiácono, P. (2017) Asignación Universal por Hijo: Rupturas y continuidades en el campo de las transferencias de ingresos en Argentina. *Revista Igualdad, Autonomía personal y Derechos Sociales*; 6; 12-2017; PP 25-45. Editorial Asociación de Derecho Administrativo

Arriagada, I. (2001) Familias latinoamericanas. Diagnóstico y políticas públicas en los inicios del nuevo siglo. *CEPAL- Serie Políticas Sociales (N° 57)* 5- 51.

Basile, G. (2018) *Salud Internacional Sur Sur: hacia un giro descolonial y epistemológico*. En II Dossier de Salud Internacional Sur Sur, Ediciones GT Salud Internacional CLACSO.

Basile, G. (2020). *La Salud colonizada por el Desarrollo: América Latina y Caribe entre el panamericanismo y la soberanía sanitaria regional*. En Cap.10 de Medina, T. O., & Villamar, M. V. Libro “Pensamiento crítico latinoamericano en Desarrollo. Editorial Catarata(España) e Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación de la Universidad Complutense de Madrid(IUDC-UCM).

Breilh, J. (2011) Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud. Ponencia presentada en: Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Movimiento por la Salud de los Pueblos. Río de Janeiro, Brasil.

Britos, N. (2003) La trayectoria de la ciudadanía en la Argentina. Derechos humanos y ciudadanía. En: Aquín, N. (comp) *Ensayos sobre ciudadanía. Reflexiones desde el Trabajo Social*. Espacio Editorial. Buenos Aires.

Cabrera, P., Pría Barros, M., Perdomo, I., Andalia, R. (2015) Aproximación teórica a las desigualdades sociales en la tuberculosis como problema de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*. N° 41(3), 532-546.

Calabria, A., Calero, A., D'Elia, V., Gaiada, J. y Rottenschweiler, S. (2010) Transferencias condicionadas de ingreso en Argentina: la Asignación Universal por Hijo para la protección social. *Gerencia de Estudios de la Seguridad Social- ANSES*.

Carrasco, C., Borderías, C., Torns, T. (2011) *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid. Los libros de La Catarata.

Cazzaniga, S. (2013) Políticas Sociales en Argentina: continuidades y rupturas. En Costa, L., Nogueira, V. y Silva, V. (org) *A política social na América do Sul: perspectivas e desafios no século XXI*. Ponta Grossa: Editora UEPG.

Cecchini, S. (2014) Educación, Programas de Transferencias Condicionadas y protección social en América Latina y el Caribe. *Educación y políticas sociales: sinergias para la inclusión*. Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación IPE-Unesco. PP. 49- 84.

Ceminari, Y. y Stolkiner, A. (2018). El cuidado social y la organización social del cuidado como categorías claves para el análisis de políticas públicas. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXV Jornadas de Investigación. XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Cohen, E. y Franco, R. (coords.) (2006) *Transferencias con corresponsabilidad. Una mirada latinoamericana*. México, D. F., FLACSO/SEDESOL.

Cueto, M. (2015) La “cultura de la sobrevivência” y la salud pública internacional en América Latina: la Guerra Fría y la erradicación de enfermedades a mediados del siglo XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.255-273.

Danani, C. (2004) *Política social y economía social. Debates fundamentales*. Buenos Aires, Argentina. Ed. Altamira.

Danani, C. (2013) El sistema de protección social argentino entre 2002 y 2013: buscando el modelo que nunca tuvo. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*. N° 21. 145-164.

Danani, C. y Hintze, S. (2011): “Introducción. Protección y seguridad social para distintas categorías de trabajadores: definiciones conceptuales, propuestas de abordaje e intento de interpretación”. En: Danani, C. y Hintze, S. (coord.): *Protecciones y desprotecciones: la Seguridad Social en la Argentina, 1990-2010*. Los Polvorines. Universidad Nacional de General Sarmiento. Pág. 9 a 29.

De Keijzer, B. (1992) *Morir con hombres: la enfermedad y la muerte masculina desde una perspectiva de género. Seminario de Estudios de Masculinidad*. Programa Universitario de Estudios de Género. México: Universidad Nacional Autónoma de México. (mimeo.)

Domínguez Mon, A. (2015) Cuidados de sí y relaciones de género: trabajo en red en un grupo de personas que viven con diabetes (PVD) en un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAP) en José León Suárez, Argentina. *Política & Trabalho*. Revista de Ciências Sociais (Nº 42) p. 133-154.

Domínguez Mon, A. (2017) Los cuidados de la salud en personas que viven con diabetes: enfoque etnográfico antropológico y perspectiva de género. *Revista Salud Colectiva*. Nº 13(3) P. 375-390.

Equipo Interdisciplinario de Tuberculosis (2019, 26 de junio) Actualidad de la Tuberculosis en el Hospital Rawson [Ateneo Central]. Aula Prof. Remo Bergoglio, Hospital Rawson, Córdoba.

Figueroa Perea, J. (1998) Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 14 (Supl.1): 87-96.

Gabrinetti, M., Danel, P. (2016) *Centralidad de los cuidados femeninos en el diseño y ejecución de programas de transferencia condicionada de ingresos: apuntes para un debate necesario*. II Jornadas de género y diversidad sexual “Ampliación de derechos: proyecciones y nuevos desafíos” Universidad Nacional de La Plata. Argentina.

Galoviche, V. (2016) Conferencia sobre población y desarrollo de El Cairo (1994). Avances y retos para la inclusión masculina en salud sexual y reproductiva. *RevIISE*. Vol. 8, Núm. 8, pp. 89-97.

Galoviche, V. (2019) Los varones y los servicios de salud sexual y reproductiva. Desafíos de los/las agentes técnicos/as en el campo sanitario en san juan, Argentina. *Revista Electrónica de Trabajo Social*, Universidad de Concepción (Chile) Número 20, pp. 10-21.

Garcés, L. (2017) *Políticas sociales y condicionalidades. Un abordaje relacional de la Asignación Universal por Hijo*. Buenos Aires, Argentina. Espacio Editorial.

García Canclini, N. (1999) El consumo cultural: una propuesta teórica. En: Guillermo Sunkel (coord.): *El consumo cultural en América Latina*. Colombia. Convenio Andrés Bello.

Glasser, B.; Strauss, A. (1967) *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York, APC. Traducción de Floreal Forni.

Golbert, L. (2008) Las políticas sociales antes y después de la Fundación Eva Perón. En: Barry, C. Ramacciotti, K. y Valobra, A. (eds) *La Fundación Eva Perón y las Mujeres: entre la provocación y la inclusión*. Buenos Aires, Argentina. Ed. Biblos.

Grassi, E., Danani, C. (2009) *El mundo del trabajo y los caminos de la vida. Trabajar para vivir, vivir para trabajar*. Buenos Aires, Espacio Editorial.

Grassi, E.; Hintze, S. (2018) *Tramas de la desigualdad: las políticas y el bienestar en disputa*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Prometeo Libros.

Gutiérrez, A. (2004) *Pobre, como siempre. Estrategias de reproducción social en la pobreza*. Córdoba, Argentina. Ed. Ferreyra.

Gutiérrez, A. (2007) Herramientas teórico-metodológicas de un análisis relacional para los estudios de la pobreza. *Ciencia, Docencia y Tecnología* N° 35, Año XVIII. Pp. 15-33

Heller, A. (1977) *Sociología de la vida cotidiana*. Barcelona: Península.

Herrero, M.; Carbonetti, A. (2013) La mortalidad por tuberculosis en Argentina a lo largo del siglo XX. *História, Ciências, Saúde* (v.20, n°.2) – Manguinhos, Rio de Janeiro, 521-536.

Hornes, M. (2014) Transferencias condicionadas y sentidos plurales: el dinero estatal en la economía de los hogares argentinos. *Antipod. Rev. Antropol. Arqueol.* No. 18, Bogotá, pp. 61-83.

Hudelson, P. (1996) Gender differentials in tuberculosis: the role of socioeconomic and cultural factors, in *Tuber Lung Disease*, october, 77(5).

Iamamoto, M. (1992) *Servicio Social y División del Trabajo*. São Paulo: Editorial Cortez.

Ierullo, M. (2014) Cuidado y pobreza persistente: aportes para el estudio de las prácticas de crianza y cuidado de los niños, niñas y adolescentes en los sectores populares. En Clemente, A. (coord.) *Territorios urbanos y pobreza persistente*. 119-138. Espacio Editorial.

I.N.E. Dr. Juan H. Jara. Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud. (2015) Epidemiología de la Tuberculosis. Módulo 1.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INDEC. Censos 2001 y 2010. Argentina. Disponibles en:

https://www.indec.gob.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=41&id_tema_3=135

Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., Merhy, E. (2002) Medicina Social Latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública* (N° 12-2) 128-134.

Jelin, E. (1984) Familia y unidad doméstica: mundo público y vida privada. En Da Silva Catela, L., Cerrutti, M., Pereyra, S. (comp.) (2020) Elizabeth Jelin. *Las tramas del tiempo. Familia, género, memorias, derechos y movimiento sociales. Antología Esencial*. CLACSO. Buenos Aires, Argentina.

Jelin, E. (1995) Familia y género: notas para el debate. En Da Silva Catela, L., Cerrutti, M., Pereyra, S. (comp.) (2020) Elizabeth Jelin. *Las tramas del tiempo. Familia, género, memorias, derechos y movimiento sociales. Antología Esencial*. CLACSO. Buenos Aires, Argentina.

Jelin, E. (2017) Familia: un modelo para desarmar. En Da Silva Catela, L., Cerrutti, M., Pereyra, S. (comp.) (2020) Elizabeth Jelin. *Las tramas del tiempo. Familia, género, memorias, derechos y movimiento sociales. Antología Esencial*. CLACSO. Buenos Aires, Argentina.

Laurell, A. (1982) La Salud-Enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales* (N° 19) 1-12.

Lera, C., Genolet, V., Rocha, V., Schoenfeld, Z., Guerriera, L. y Bolcatto, S. (2007) Trayectorias: un concepto que posibilita pensar y trazar otros caminos en las intervenciones profesionales del Trabajo Social. *Revista Cátedra Paralela*. N° 4. Año 2007. PP. 33-39.

Ley Provincial N° 9185/04. Información Legislativa (Info Leg) Legislación Provincial. Gobierno de la Provincia de Córdoba, Argentina. Sancionada: 29-09-2004
Recuperado de:

<http://web2.cba.gov.ar/web/leyes.nsf/85a69a561f9ea43d03257234006a8594/a4426e9d4192f399032572340065821e>.

Mario, A., Rosa, P., García, A. (2014) Trabajo y pobreza persistente: la informalidad laboral y las prácticas para afrontar la pobreza persistente. En Clemente, A. (coord.) *Territorios urbanos y pobreza persistente*. 139-152. Espacio Editorial.

Marradi, A., Archenti, N., Piovani, J. (2007) *Metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Emecé

Martínez Franzoni, J. (2007) *Regímenes del Bienestar en América Latina*. Madrid, España. Ed. Cealci – Fundación Carolina.

Mendes Diz, A., Domínguez Mon, A. y Schwarz, P. (2011). *Enfermedades crónicas. Entre la autonomía y el control*. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Menéndez, E. (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 8, núm. 1, pp. 185-207.

Menéndez, E. (2005) El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud Colectiva*, La Plata, 1(1): 9-32, Enero - Abril, 2005

Ministerio de Salud de la Nación (2019) Boletín sobre Tuberculosis en la Argentina N° 2. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001436cnt-2019-03_boletin-epidemiologico_tuberculosis.pdf

Motta, R. (2020) Desigualdades socioambientales y cultivos transgénicos. En Jelin, E., Motta, R. y Costa, S. (ed.) *Repensar las desigualdades*. 295-317. Siglo XXI Editores.

Oliva, A. (2006) Antecedentes del trabajo social en Argentina: asistencia y educación sanitaria. *Trabajo Social* No. 8. PP. 73-86. Revista del Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia.

Organización Mundial de la Salud (2019) Informe mundial sobre la Tuberculosis. Sinopsis. End TB. Disponible en:

https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2019_ExecutiveSummary_es.pdf?ua=1

Organización Panamericana de la Salud (2019) Tuberculosis en las Américas. Informe Regional 2019. Disponible en:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52815/9789275322741_spa.pdf?sequence=8&isAllowed=y

Pautassi, L. (2009) *Programas de transferencias condicionadas de ingresos ¿Quién pensó en el cuidado? La experiencia en Argentina*. Seminario Regional: Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas. CEPAL, Santiago de Chile. 29 y 30 de octubre de 2009.

Pautassi, L. (2010) *El aporte del enfoque de Derechos a las políticas sociales. Una breve revisión*. Taller de expertos “Protección social, pobreza y enfoque de derechos: vínculos y tensiones”. CEPAL.

Pautassi, L. (2013) *La igualdad en las políticas sociales: retóricas presentes, obligaciones pendientes*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales; Ciencias Sociales; N° 84; 9-2013; Pp. 64-69.

Pautassi, L. (2016) La complejidad de articular derechos: alimentación y cuidado. *Revista Salud Colectiva*. 2016; N° 12(4): PP. 621-634.

Pautassi, L., Arcidiácono, P. y Straschnoy, M. (2014) Condicionando el cuidado. La Asignación Universal por Hijo para la Protección Social en Argentina. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*. Num. 50, Quito. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-Sede Académica de Ecuador. PP. 61-75

Perelman, M. (2011) Pobreza urbana, desempleo y nuevos sentidos del (no) trabajo. Cirujas y movimientos de trabajadores de desocupados de la Ciudad de Buenos Aires. *Pobreza urbana en América Latina y el Caribe*. Buenos Aires.

Perona, N. y Schiavoni, L. (2018) Estrategias familiares de reproducción social. *La Argentina en el siglo XXI: Cómo somos, vivimos y convivimos en una sociedad desigual: Encuesta Nacional sobre la Estructura Social*. Pp. 467-496.

Quevedo Cruz, L., Sánchez Requín, L., Villalba Porras, K., Velásquez Carranza, D. (2015) Relación del soporte familiar y social en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar en centros de salud. *Rev enferm Herediana*. N° 8 (1), 11-16.

Raymond, E. 2005. La Teorización Anclada (Grounded Theory) como Método de Investigación en Ciencias Sociales: en la encrucijada de dos paradigmas. *Cinta moebio*. N° 23, pp. 217-227.

Rodríguez Enríquez, C. (2011). Programas de transferencias condicionadas de ingresos e igualdad de género ¿Por dónde anda América Latina? CEPAL - *Serie Mujer y desarrollo* N° 109. División de Asuntos de Género- Santiago de Chile. Pp- 1-39

Stolkiner, A.; Ardila Gómez, S. (2012) Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *VERTEX*. Rev. Arg. de Psiquiatría. Vol. XXIII: 57 – 67.

Terol García, E. y Gamarra Mendoza, N. (2002) Tuberculosis, tratamiento directamente observado (TDO) y población marginal. *Documentación Social* N° 127, 277-298.

Vasilachis de Gialdino, I. (Coord.) (2006) *Estrategias de Investigación Cualitativa*. Gedisa Editorial. Barcelona, España.

Vera, V. (2019) El proceso de adherencia al tratamiento por tuberculosis: aportes desde el trabajo social. *ConCienciaSocial. Revista digital de Trabajo Social*. Vol. 3. Nro. 5. 270-284.

Villatoro, P. (2005) Programas de transferencias monetarias condicionadas: experiencias en América Latina. *Revista de la CEPAL* (N° 86) 87-100.