Transformaciones en las estrategias de reproducción social a partir del acceso a una Política de Transferencia Condicionada en Córdoba.

El caso de la Ley Provincial N° 9185/04 durante los años 2016-2019

Micaela Aguirre¹

Resumen:

Este artículo constituye una presentación parcial de la tesis final de la Maestría en Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba. Se propone como objetivo del documento analizar las transformaciones en las estrategias de reproducción social de unidades domésticas atravesadas por un diagnóstico de tuberculosis a partir del acceso a la Política de Transferencia Condicionada contemplada en la Ley Provincial N° 9185/04, Córdoba, Argentina durante los años 2016-2019, en torno a dos dimensiones: acceso a bienes y consumos y mundo del trabajo.

Palabras clave:

POLÍTICAS DE TRANSFERENCIA CONDICIONADA – ESTRATEGIAS DE REPRODUCCIÓN SOCIAL – TUBERCULOSIS- CUIDADO

Abstract:

The following document contains a partial presentation of the final thesis of the Master in Social Sciences, National University of Córdoba. It is proposed as the objective of the paper to analyze the transformations in the social reproduction strategies of the domestic units as from the access to the Conditional Transfer Policy contemplated in the Provincial Law No. 9185/04, Córdoba, Argentina during the years 2016-2019, around two dimensions: goods and consumption access and work.

Keywords:

CONDITIONAL TRANSFER POLICIES- SOCIAL REPRODUCTION STRATEGIES – TUBERCULOSIS- CARE

1. Introducción

El documento a continuación constituye una presentación parcial y preliminar de la investigación elaborada como tesis final de la Maestría en Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba. En este sentido, para la elaboración de este artículo se ofrecen ciertos avances que se consideran representativos de la investigación y relevantes para el campo del Trabajo Social. Para esto, se propone como objetivo del artículo analizar las transformaciones en las estrategias de reproducción social de unidades domésticas atravesadas por un diagnóstico de tuberculosis a partir del acceso a la Política de

¹ Licenciada en Trabajo Social por la Universidad Nacional de Córdoba. Maestranda en Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba. Maestranda en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia (Sede Bogotá). Contacto: micaelaanahi.ag@gmail.com, miaguirre@unal.edu.co

Transferencia Condicionada contemplada en la Ley Provincial N° 9185/04, Córdoba, Argentina durante los años 2016-2019, en torno a dos dimensiones: acceso a bienes y consumos y mundo del trabajo. El texto se organiza en tres apartados. El que sigue, presenta una síntesis conceptual desde donde se dispuso la tarea analítica. El segundo, se concentra en caracterizar los principales elementos constitutivos de la PTC contemplada en la Ley Provincial N° 9185/04 y, finalmente, en el tercer apartado se ofrece el análisis en torno a las transformaciones en las estrategias de reproducción social en las dos dimensiones seleccionadas. Por último, se presentan conclusiones e interrogantes emergentes.

2. Precisiones conceptuales y metodológicas

En una apuesta por explicitar los marcos referenciales desde los cuales se construyó el problema de investigación y se afrontó la tarea analítica, en este apartado se precisan las principales elecciones teóricas. En este sentido, se identifican dos grandes enfoques que sitúan y orientan la discusión: el Enfoque de Derechos y la Medicina Social y Salud Colectiva.

En primer lugar, resulta necesario recordar que la tuberculosis constituye, en la actualidad, una de las 10 causas principales de mortalidad en el mundo. 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, 2019).

La vinculación entre tuberculosis y condiciones materiales de vida de la población ha sido ampliamente explorada desde las Ciencias Sociales². Esta relación exige trabajar desde un enfoque sobre salud y enfermedad que dispute sentidos con concepciones médico-hegemónicas tradicionales. La corriente latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva sirve a estos propósitos, en tanto sus exponentes le otorgan un carácter intrínsecamente social a los modos en que los distintos grupos poblacionales viven, enferman y mueren (Laurell, 1982).

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

Las discusiones más recientes de esta corriente han ampliado la categoría, desde el binomio salud/enfermedad hacia un continuum compuesto por salud/enfermedad/atención/cuidado, que permite no sólo incluir en el análisis las desigualdades de clase, sino también aquellas basadas en el género (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012). En este sentido, en esta investigación se tomó como central la categoría de cuidado, recuperando, principalmente, los aportes de Domínguez Mon (2017) quien la define como las actividades concretas, transitorias o permanentes, que desarrollan las

² Para profundizar en esta relación teórica se puede revisar Alves et al. (2019), Cabrera et al (2018), Quevedo Cruz et al (2015)

personas para brindar protección a otros, actividades que se realizan, principalmente, en la domesticidad y constituyen trabajo no mercantilizado y feminizado.

Por otro lado, resulta necesario delimitar el concepto de Políticas de Transferencia Condicionada, como el dispositivo de asistencia adoptado en América Latina desde la década del '90. De acuerdo a Cecchini (2014), las PTC conjugan tres elementos específicos en su configuración e implementación, lo que les otorga su especificidad. Por un lado, la 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 en hogares pobres. A estas dimensiones se pueden incorporar, también, dos elementos que Rodríguez-Enríquez (2011) enuncia como característicos: la prioridad en la focalización a los hogares conformados por niños/as y adolescentes y la preferencia por otorgar su titularidad a las mujeres adultas madres.

El crecimiento de esta forma específica de asistencia despertó dentro del campo académico y político diversos debates, principalmente, en torno a la pertinencia de las condicionalidades 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 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.

Las lecturas contemporáneas desde las Ciencias Sociales se pueden agrupar en dos perspectivas que tanto justifican o cuestionan la existencia de las condicionalidades: la Teoría del Capital Humano o el Enfoque de Derechos (Garcés, 2017). Para el desarrollo de este estudio, se optó por las lecturas teóricas y políticas propuestas por las/los expositores del Enfoque de Derechos.

Resulta una tarea fuera de los límites de este escrito precisar exhaustivamente los aportes que el Enfoque de Derechos ofrece para la discusión sobre las PTC. Sin ánimos de solventar esta discusión, quisiera presentar los nudos críticos fundamentales que este enfoque propone como llaves de lectura, que constituyen insumos sumamente valiosos para el trabajo analítico que sigue. Estos nudos podrían sintetizarse en torno a los siguientes elementos: la tensión entre las condicionalidades y el principio de igualdad (Pautassi, 2013), entre asistencia y organización del cuidado (Gabinetti y Danel, 2016; Rodríguez Enríquez, 2011), su escasa potencialidad desfamiliarizadora (Pautassi, Arcidiácono y Straschnoy, 2014) y el rol paternalista otorgado a las/os agentes de salud pública (Pautassi, Arcidiácono y Straschnoy, 2014 y Arcidiácono, 2017).

En este marco, se realizó una investigación de tipo exploratoria, interpretativa-comprensiva, enmarcada en una metodología de tipo cualitativa. Se realizaron siete entrevistas en profundidad a titulares de la PTC-Tuberculosis durante el período 2016-2019 en el Hospital Rawson, seleccionados a partir de un muestreo teórico. Para el análisis de la información se utilizó el método de comparación constante (Glasser y Strauss, 1967). A los fines de preservar la identidad y confidencialidad de las personas entrevistadas, en este artículo se citan fragmentos de sus testimonios utilizando seudónimos.

Para definir el concepto de estrategias de reproducción social, se recuperaron los aportes de Gutiérrez (2004). La autora las define como aquel conjunto de prácticas conscientes o inconscientes mediante las cuales los sujetos intentan incrementar la

cantidad y calidad de sus capitales y, en consecuencia, mejorar su posición dentro del espacio social.

Un aporte sumamente relevante para la construcción y diseño metodológico fue el trabajo realizado por Aquin et al. (2014). Las autoras proponen que las estrategias de reproducción social constituyen un sistema interrelacionado, mediante la conjunción de cinco esferas o dimensiones: servicios y consumos, mundo del trabajo, uso del tiempo libre, capitales cultural y social y participación ciudadana. En esta investigación, se incorporó una dimensión específicamente vinculada al campo de la política social estudiada: el proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado.

De acuerdo a estas delimitaciones, a los fines de este artículo se aborda una presentación parcial y preliminar del trabajo analítico realizado. En esta ocasión, se optó por ofrecer el análisis en dos de las dimensiones abordadas, en tanto se identifican como insumos relevantes para el campo del Trabajo Social, a saber: las transformaciones ocurridas en el acceso a servicios y consumos y en el mundo del trabajo.

3. La Ley Provincial N° 9185/04

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

Para la presentación de esta PTC resultó valiosa la categoría analítica de capacidad de protección, concepto que refiere 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” (Danani y Hintze, 2011: 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.

En este sentido, el primer punto relevante refiere a la delimitación de la prestación. El art. n°2 de la Ley Provincial N° 9185/04 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”. La transitoriedad de la protección ofrecida constituye un elemento clave, en tanto permite identificar la configuración de la asistencia como un mecanismo secundario, subsidiario, frente a un estado que se entiende como excepcional: el retiro de las personas del trabajo asalariado.

Esta forma de concebir la asistencia no es novedosa, sino que se sustenta en la trayectoria histórica de las políticas de asistencia social en el país. Britos (2003) afirma que, en el diseño híbrido que caracterizó la protección social argentina, la división entre trabajadoras/es y pobres como sujetos diferenciados de intervención 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.

Este elemento se torna más complejo si se valora el contexto socio político en el que se diseñó este mecanismo específico de protección. Danani, afirma que, a partir de 1989, en el país tuvo lugar un modelo de hegemonía neoliberal que instaló un régimen de precariedad, donde el desempleo y el subempleo constituyeron 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” (2013: 147). En el marco de una doctrina neoliberal que instauró un patrón de intervención estructuralmente mínimo y que individualizó el bienestar, se impulsaron en América Latina diversas políticas diseñadas como transitorias, impulso en el que se puede enmarcar la Ley Provincial N° 9185/04.

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 sostenerse en tanto los criterios de acceso delimitan a la población objetivo no sólo mediante sectorizaciones económicas, sino también, de salud.

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 sus titulares se encuentran obligadas/os a cumplir con las condiciones establecidas por el Programa Provincial de Control de la Tuberculosis, con riesgo de perder el recurso en caso de no cumplimentarlas. Al respecto, Vera 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 (2019: 276).

El mecanismo consiste en que los sujetos se derivan desde hospitales 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.

4. Transformaciones en las estrategias de reproducción social

4.1. Sobre el acceso a servicios y consumos

En este apartado se presentan las transformaciones identificadas en las unidades domésticas a partir de la percepción de la PTC-Tuberculosis en relación al acceso a servicios y las prácticas de consumo. En este estudio se concibió al consumo como una práctica sociocultural que no finaliza con la instrumentalidad del bien a consumir, sino que constituye una apropiación y un uso simbólico de los productos (García Canclini, 1999). De esta forma, se propusieron tres subcategorías: las transformaciones en las prácticas, en los significados atribuidos al consumo y en el sistema de toma de decisiones. En esta ocasión, se optó por presentar las rupturas y continuidades en torno a las prácticas vinculadas a alimentación, educación, vestimenta y hábitat.

En este sentido, se identifica una trayectoria común, caracterizada por un primer momento de reducción en el acceso a bienes, coincidente con la aparición del malestar, el

diagnóstico y el primer mes de tratamiento o lo que tardara el cobro de la PTC. Una vez iniciados los pagos, 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.

De esta manera, se reconoció como central 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 alternativas más accesibles para sostener el consumo de productos como carnes, verduras, harinas y suplantación por productos más económicos en lo que refiere a gaseosas y lácteos, por ejemplo.

Asimismo, en el momento de ajuste aparecieron estrategias vinculadas a la organización familiar extensa y a instituciones comunitarias. Las unidades domésticas recurrieron, principalmente, a instituciones que ya formaban parte de sus redes comunitarias, sobre todo, escuelas y jardines públicos, y a miembros de la familia extensa con vínculos de cercanía, como madres y hermanas/os. Esto resulta coherente con el planteo de Pautassi (2009), quien reconoce la centralidad de las organizaciones vecinales en la resolución de necesidades y garantía de cuidados en contextos de pobreza. El testimonio de María permite leer esta dinámica:

“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”
(María, comunicación personal, 2019)

Las prácticas de consumo en torno a la alimentación se modifican al momento de percibir la PTC- Tuberculosis. En este momento, las estrategias comunitarias o familiares de acceso al alimento se reemplazan nuevamente por el consumo de bienes a través del mercado. En este momento se reconoce, también, la recuperación de prácticas que hacían a la reproducción cotidiana antes la enfermedad: vuelve a aparecer la noción del gusto o placer asociado al alimento que, en momentos de reducción de gastos, había sido aplazado.

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 puede identificar la interrelación entre Estado, Mercado y Familia (Martínez Franzoni, 2007) y la centralidad de las organizaciones sociales (Pautassi, 2009) en la resolución del bienestar, también, el análisis permite dar cuenta de una primacía del mercado como fuente principal de alimentos y de un lugar secundario de las redes estatales, familiares o 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.

En relación a la resolución de necesidades de vestimenta y educación, se identifica una dinámica de modificación similar. En primer lugar, no aparecen relatos de mitigación al inicio del tratamiento, pero sí se reconoce que, al contar con la transferencia, se atienden estas necesidades nuevamente, incluso de forma ampliada. Por otro lado, estas prácticas de consumo se orientan de manera casi exclusiva hacia las/los niñas/os de las viviendas.

En este sentido, se propone comprender estas prácticas en clave de trayectoria (Lera et. al, 2007). Si se consideran los aportes de Vera (2019) se puede entender que el acceso a la educación formal no constituye un derecho garantizado para las/los adultas/as de las 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 las/os adultas/os no enuncian una mitigación en estos consumos a partir de la enfermedad ni de la PTC-Tuberculosis, pero sí explicitan cierta disposición para priorizar la resolución de estas necesidades para las/os niñas/os de la vivienda. Disponer de la transferencia económica habilita a garantizar nuevas formas de resolución a través del mercado, por ejemplo, incorporando útiles escolares, ropa nueva o habilitando instancias de aprendizaje a través de viajes o paseos.

En tercer lugar, la necesidad de modificar y/o mejorar las condiciones habitacionales aparece como una constante dentro de las unidades domésticas. Una primera continuidad en esta esfera se vincula a que las necesidades habitacionales eran percibidas como carencias con anterioridad al inicio de este proceso de salud. En este sentido, la decisión de priorizar la mejora en las condiciones habitacionales aparece como una decisión premeditada y planificada por los miembros de las familias. La aparición del recurso económico constituye una herramienta que facilita la autonomía en la solvencia de los gastos y desestimar los pedidos de ayuda o colaboración a miembros de la familia extensa o de la comunidad para solventar el alquiler, compartir viviendas, entre otros.

Asimismo, en algunos casos, la PTC-Tuberculosis permitió a las unidades domésticas recuperar el espacio donde habitaban. Para algunas familias, los espacios de habitabilidad habían sido perdidos y/o deteriorados considerablemente a partir del malestar físico, la enfermedad y la imposibilidad de planificar gastos y crear dispositivos de ahorros. Esto 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, por lo que el recurso monetario permite la transformación y mejora de las estrategias vinculadas a la configuración de la vivienda.

La transformación de estas estrategias toma distintas modalidades, ya sea fortaleciendo las viviendas originales, en las que las familias deciden ampliar habitaciones, mejorar paredes y techos, construir baños; amoblando espacios nuevos, adquiriendo camas, roperos, instalación eléctrica o permitiendo la autonomía familiar y la instalación en un espacio nuevo. Cualquiera sea la decisión tomada, se prioriza, nuevamente, la resolución de necesidades de la niñez.

4.2. Precariedad y cuidados: transformaciones en el mundo del trabajo

En el siguiente apartado se presenta el análisis vinculado a las continuidades y transformaciones en el mundo del trabajo de las unidades domésticas que conformaron el estudio. Para esta labor se tuvieron en cuenta los aportes de Aquín et al. (2014), quienes proponen 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 con el 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.

4.2.1. El trabajo como dispositivo generador de ingresos

Inicialmente, en el proceso de investigación se identificó que los miembros de las unidades domésticas se encontraban insertas/os, en su totalidad, en el empleo informal. De manera más específica, se identificaron dos unidades domésticas donde las mujeres realizaban 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.

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. Si bien en los límites de este artículo no se incluye el análisis de esta dimensión, resulta fundamental alertar sobre las dificultades para la reproducción cotidiana que implica una situación de enfermedad en escenarios donde las posibilidades de licencia son inexistentes, al menos, sin que esto implique un corte en los ingresos monetarios.

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 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.

Asimismo, estos permisos y/o excepciones no sólo afectaron a los miembros de las unidades domésticas que estaban atravesando el momento del diagnóstico. 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 enferma/o constituyó un obstáculo al que también debieron enfrentarse otras/os adultas/os de las familias que asumieron la tarea de acompañar a los turnos médicos y/o la supervisión de la toma de medicación. Al respecto, Marta comenta que:

“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 comprender 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.

Por otro lado, se reconocen 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 contraprestación diaria y permanente durante el tiempo que dure el tratamiento, que, frente a su incumplimiento, puede justificar la suspensión de la prestación. En este caso, 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. Los motivos de la pérdida del empleo son varios y diferentes, uno de ellos 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.

Un segundo motivo de la salida laboral aparece vinculado a 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.

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. En este punto resulta interesante cómo las unidades domésticas identifican la salida del mundo laboral como una práctica de cuidado hacia las/os otras/os, práctica que también se acompaña con una sugerencia en torno al acceso sanitario o con la socialización de saberes vinculados a la tuberculosis.

También resulta 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. Al respecto, Julieta plantea que:

“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)

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.

Asimismo, 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. Esta modificación se produce de dos formas posibles. Por un lado, incorporando a personas que no realizaban tareas remuneradas previas 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 las/os adultas/os de las unidades domésticas comienzan a sentirse mejor, se identifica un último patrón de transformación, referido al regreso a la actividad laboral remunerada. 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.

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.

En esta decisión se observan dos elementos en común. 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.

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.

4.2.2 El trabajo feminizado de cuidados

En torno a las modificaciones en las estrategias de organización del cuidado, inicialmente, se identifica una continuidad en la responsabilidad plena de los miembros de las familias en garantizar hacia su interior el trabajo reproductivo. En ninguna de las unidades domésticas se identificó su resolución mediante dispositivos estatales o mediante su mercantilización, ya sea antes o después del episodio de la tuberculosis y/o de percibir la PTC-Tuberculosis.

En este sentido, se puede comprender que, en este caso, la conjunción entre Estado, familias y mercado en la organización del cuidado (Ceminari y Stolkiner, 2018) es escasa y recae, primordialmente, en la domesticidad. Esto resulta coherente con la lectura de Pautassi (2009), quien plantea 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 del cuidado. Esto 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 de la reproducción.

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, figuras de apoyo o ayuda a esa responsable principal, otras mujeres adultas o, en menor medida, varones adultos también.

Ahora bien, si observa con mayor especificidad qué sucede al interior de estas unidades domésticas en este momento de la trayectoria familiar, se pueden identificar ciertas transformaciones comunes. Estas modificaciones guardan similitud entre sí dependiendo quién sea la persona impedida o con mayores dificultades para llevar a cabo su rutina diaria. 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. El testimonio de Karen permite ilustrar esta dinámica:

“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” (Karen, comunicación personal, 2019)

En cuanto a la incorporación de miembros de la comunidad en la resolución de tareas, sobre todo aquellas vinculadas al cuidado de la niñez, se evidencia el malestar con el que las mujeres viven 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. Asimismo, se explicita cómo, frente a la dificultad de estas mujeres de llevar a cabo sus rutinas, la modificación en las estrategias conlleva una sobrecarga para otras mujeres.

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 la 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 aquellas/os 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 su lectura, uno de los elementos que permite adentrarse en el análisis del potencial desfamiliarizador de una PTC se vincula a los mecanismos que esta prevea para aliviar la carga de trabajo reproductivo de las mujeres. Contrario a esto, lo que se observa en este caso 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.

Se identifica que las condicionalidades no sólo se transforman en una obligación para la persona involucrada directamente en el tratamiento, sino que también se adentran en la rutina de las personas que ellas tienen a cargo, sobre todo niñas/os. Con el avance del tratamiento y la recuperación física de estas mujeres, se evidencia un retorno al cumplimiento de las tareas de cuidado que 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.

Por el contrario, 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 en 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.

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. En estos casos opera una continuidad en la manera de organización de las tareas domésticas, 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” (Santiago, comunicación personal, 2019)

En síntesis, se puede comprender que, en la construcción de estrategias vinculadas al trabajo de cuidado, opera un modelo basado en la domesticidad y en la feminización de estas responsabilidades. Esto implica que las transformaciones que tengan lugar en esta dimensión van a variar de acuerdo a quién sea el sujeto atravesado por la situación de enfermedad y, también, quién cargue con la responsabilidad de cumplir con la condicionalidad exigida. De esta forma, se puede identificar cierta orientación familiarizadora en la política social analizada, en tanto en su implementación se refuerza la noción de la institución familia como responsable de la resolución del bienestar a través de la ausencia de dispositivos de cuidado, aun cuando la responsable de estas tareas se encuentra en situaciones críticas de salud y exigida de cumplir con requisitos para acceder a un recurso que, como se analizó en el apartado anterior, garantiza bienes fundamentales como los alimentos diarios.

Discusión e interrogantes finales

A lo largo del documento se presentó un análisis preliminar y parcial de las transformaciones en las estrategias de reproducción social en unidades domésticas atravesadas por un diagnóstico de tuberculosis, a partir de la percepción de la política de transferencia condicionada contemplada en la Ley Provincial N° 9185/04. Este análisis se llevó a cabo a partir de una mirada situada y posicionada, enmarcada en el Enfoque de Derechos en torno a las PTC como dispositivos de asistencia y en la Medicina Social y la Salud Colectiva para comprender los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado.

Frente a la necesidad de delimitar las dimensiones para la presentación, se optó por trabajar en torno al acceso a bienes y consumos y al mundo del trabajo, en su doble dimensión. Estas constituyen solo dos dimensiones de un sistema interrelacionado que configura las estrategias de reproducción social en el ámbito familiar. En este sentido, el primer interrogante, tan evidente como necesario, refiere a la pertinencia de ampliar el análisis hacia el resto de las dimensiones que constituyen, en conjunto, la reproducción cotidiana para complejizar y profundizar su comprensión.

Aun así, este análisis parcial permite identificar claves de lectura comunes. En primer lugar, se reconoce una dinámica compartida por las unidades domésticas que puede enunciarse en dos momentos.

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, 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 más extensas.

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. 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.

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 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. 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 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.

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.

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 en general y del Trabajo Social en particular, 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:

- AQUÍN, N. (Ed.) (2014) *Asignación Universal por Hijo ¿Titulares o tutelados?* Córdoba, Argentina. Ed. Espacio.
- 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
- 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.
- CARRASCO, C., BORDERÍAS, C., TORNS, T. (2011) *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid. Los libros de La Catarata.
- 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 IIPÉ-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
- 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.
- 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.
- 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 (N° 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. N° 13(3) P. 375-390.
- 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.

- GARCÍA CANCLINI, N. (1999) *El consumo cultural: una propuesta teórica*. En: Guillermo Sunkel (coord.): *El consumo cultural en América Latina*. Colombia. Convenio Andrés Bello.
- GABRINETTI, M., DANIEL, 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.
- GARCÉS, L. (2017) *Políticas sociales y condicionalidades. Un abordaje relacional de la Asignación Universal por Hijo*. Buenos Aires, Argentina. Espacio Editorial.
- 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.
- GLASSER, B.; STRAUSS, A. (1967) *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York, APC. Traducción de Floreal Forni.
- GUTIÉRREZ, A. (2004) *Pobre, como siempre. Estrategias de reproducción social en la pobreza*. Córdoba, Argentina. Ed. Ferreyra.
- 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.
- Gobierno de la Provincia de Córdoba (2004). Ley Provincial N° 9185/04. Legislación Provincial. Córdoba, Argentina. Sancionada: 29-09-2004. Recuperado de: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/13197.html>.
- 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.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2019) *Informe mundial sobre la Tuberculosis. Sinopsis*. End TB. Disponible en https://www.who.int/tb/publications/globalreport/gtbr2019/ExecutiveSummary_es.pdf?ua=1
- 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. (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., 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
- 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
- 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