

# Desigualdades de género en la producción del cuidado

Narrativas de trabajadores/as de salud pública durante la pandemia en Mar del Plata



por **Valeria Alonso, Sonia Fuertes, Paula M. Romero y Laura P. Sánchez**

## **Valeria Alonso**

Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud, Instituto Nacional de Epidemiología. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Argentina.

[orcid.org/0000-0002-5080-8986](https://orcid.org/0000-0002-5080-8986)

[valeria.alonso@gmail.com](mailto:valeria.alonso@gmail.com)

## **Sonia Fuertes**

Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud, Instituto Nacional de Epidemiología. Argentina.

[orcid.org/0000-00-01-8999-7705](https://orcid.org/0000-00-01-8999-7705)

[sofuertes.sf@gmail.com](mailto:sofuertes.sf@gmail.com)

## **Paula M. Romero**

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología. Argentina.

[orcid.org/0000-0002-7302-771X](https://orcid.org/0000-0002-7302-771X)

[paulamercedesromero@gmail.com](mailto:paulamercedesromero@gmail.com)

## **Laura P. Sánchez**

Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud, Instituto Nacional de Epidemiología. Universidad Nacional de Mar del Plata,

Argentina.

[orcid.org/0000-0003-0498-4855](https://orcid.org/0000-0003-0498-4855)

[laurasanchez3296@gmail.com](mailto:laurasanchez3296@gmail.com)



## RESUMEN

En este trabajo nos preguntamos por el reconocimiento de la desigualdad de género en la producción del cuidado en salud desde la perspectiva de sus propias trabajadoras y trabajadores. Su objetivo consiste en analizar las narrativas de trabajadores y trabajadoras de salud pública acerca de las diferencias entre varones y mujeres en la producción del cuidado en los espacios públicos de trabajo y en los ámbitos domésticos. Con una aproximación cualitativa con enfoque etnográfico y perspectiva de género, realizamos entrevistas en profundidad con trabajadoras y trabajadores de salud pública de diversas profesiones y ocupaciones y observación participante en hospitales y centros de salud de Mar del Plata y zonas rurales durante el año 2021. El análisis de las narrativas fue de tipo hermenéutico. Encontramos que la desigualdad de género que existe en el sector salud no es visibilizada en los ámbitos laborales, mientras que aquella es observada en los ámbitos domésticos. Discutimos los resultados desde los aportes de los estudios de género y el feminismo en el contexto histórico y político actual.

**Palabras clave:** inequidad de género; salud pública; pandemias; investigación cualitativa; narrativa personal

## Gender inequalities in care production from the narratives of public health workers during the pandemic in Mar del Plata

### ABSTRACT

In this paper we ask about the recognition of gender inequality in the production of health care from the perspective of health workers. The purpose is to analyze the narratives of public health workers about the differences between men and women in the production of care in public work spaces and in domestic settings. From a qualitative approach and an ethnographic and gender perspective, we conducted in-depth interviews with public health workers from various professions and occupations and participant observation in hospitals and health centers in Mar del Plata and rural areas during the year 2021. The analysis of the narratives was hermeneutical. We found that the gender inequality that exists in the health sector is not visible in the workplace, while it is observed in the domestic spheres. We discuss the results from the contributions of gender studies and feminism in the current historical and political context.

**Key words:** gender inequality; public health; pandemics; qualitative research; personal narrative

**RECIBIDO:** 18 de septiembre de 2022

**ACEPTADO:** 6 de febrero de 2023

**CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:** Alonso, Valeria., Fuertes, Sonia., Romero, Paula M., y Sánchez, Laura P. (2023) "Desigualdades de género en la producción del cuidado desde las narrativas de trabajadores/as de salud pública durante la pandemia en Mar del Plata", *Etnografías Contemporáneas* 9 (16), pp. 140-162.

## Introducción

“En el hospital entra todo, tenga obra social o no, sea rico, sea pobre. [...] Y no podemos tipificar una característica o un tipo de persona, para nosotros son pacientes y son todos iguales...” comenta Carlos (47 años), un trabajador del hospital regional de Mar del Plata. Esta idea que expresa el tratamiento igualitario en salud pública es recurrente en los servicios de salud. Evidentemente reproduce un discurso que tiende a evitar la discriminación social, étnica o de género en los efectores de salud y a significar la orientación universalista de la atención de salud en Argentina. No obstante, este discurso homogeneizante de la salud pública puede omitir e invisibilizar diferencias y diversidades a las que debería prestarse atención también desde una perspectiva de derechos.<sup>1</sup>

Cuando la lógica igualitaria impide reconocer los conflictos y las diferencias entre los grupos sociales podemos enfrentarnos con una apariencia de igualdad que reproduce nada menos que las desigualdades del sistema capitalista y patriarcal. Desigualdades que resultan de complejos sistemas de relaciones de dominación y subordinación étnica, social y de género, que ubican a las mujeres e identidades feminizadas especialmente si son indígenas, migrantes y pobres en posiciones subalternas respecto de los varones, especialmente si son blancos y ricos. De modo que para persistir en la atención universal en salud pública con perspectiva de derechos es importante recordar, como señala Marta Lamas desde el feminismo, “que es posible tener relaciones igualitarias reconociendo diferencias” (Lamas, 2021: 103).

En este trabajo nos preguntamos por el reconocimiento de las desigualdades entre mujeres y varones en la producción del cuidado en salud desde la perspectiva de las y los trabajadores de salud pública.<sup>2</sup> Su objetivo consiste en analizar las narrativas de trabajadores y trabajadoras de salud pública acerca de las diferencias entre varones y mujeres en la producción del cuidado en los espacios públicos de trabajo y en los ámbitos domésticos durante la pandemia en Mar del Plata y áreas rurales circundantes. Como hipótesis, planteamos que existe un discurso predominante en la salud pública que homogeneiza las diferencias entre mujeres y varones según un ideal formal de igualdad que invisibiliza las desigualdades de género en la producción del cuidado en las instituciones de salud, mientras que los mandatos de género relativos a la división del trabajo de cuidado permanecen vigentes en los ámbitos domésticos.

---

1 Hace unos años una enfermera de un CAPS de una comunidad indígena en Tartagal, provincia de Salta, afirmaba: “aquí se hace medicina de la misma forma que todos” (Hirsch y Alonso, 2020: 8). Con un enfoque homogeneizante que buscaba otorgar igualdad a las personas que allí se atendían, en este caso la diversidad étnica quedaba invisibilizada y se obturaba la posibilidad de incorporar dispositivos de salud intercultural.

2 El trabajo forma parte del proyecto de investigación “Transitar de la pandemia a la postpandemia, desafíos y posibilidades de los nuevos escenarios en la salud pública desde las narrativas de sus trabajadores/as”, PISAC COVID-19 (cód. 077), Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo y la Innovación Tecnológica, 2020, implementado entre 2021 y 2022 por las Universidades Nacionales de Lanús, Córdoba, Santiago del Estero, Salta, Rosario, Misiones, Patagonia Austral, Villa María y el Instituto Nacional de Epidemiología en Mar del Plata.

Según Lamas (2002), el género fue entendido inicialmente como el conjunto de representaciones sobre la diferencia sexual que atribuye características femeninas y masculinas a cada sexo y sus actividades. Desde la academia feminista “se generalizó entonces el uso de la categoría género para referirse a la simbolización que cada cultura elabora sobre la diferencia sexual, estableciendo normas y expectativas sociales sobre los papeles, las conductas y los atributos de las personas en función de sus cuerpos” (Lamas, 2002:4). La manifestación de millones de mujeres contra la desigualdad sexista, la violencia y la represión sobre el cuerpo de las mujeres movilizó a la academia feminista a colocar el cuerpo en la agenda política, al analizar la constitución del sujeto sin desestimar la materialidad de la diferencia sexual. Sin embargo, la revisión crítica de la categoría plantea las limitaciones de entender el género como simbolización de la diferencia sexual, especialmente con la irrupción social y política de las demandas de los colectivos de la diversidad sexual e identitaria. A su vez, las asimetrías entre los géneros se intersectan con otras dimensiones como la etnia, la clase social y la generación, cuyas diferencias sobreimpuestas generan lugares de subordinación y opresión (Couto *et al.*, 2019). Según Débora Tajer (2012), en el proceso salud, enfermedad, atención-cuidados, las asimetrías de género establecen vulnerabilidades diferenciales relativas a los mandatos sociales generizados en el patriarcado, de acuerdo con modos específicos de vivir, enfermar, consultar, ser atendidas, atendidos y morir. En el campo de la salud, los estudios de género tienen hoy un doble desafío, continuar con el análisis del impacto desigual en el proceso de salud, enfermedad, atención-cuidados de mujeres y varones debido a las desigualdades de poder vigentes en el patriarcado, e incorporar la visualización de los colectivos LGBTBI+ de la diversidad sexual e identitaria (Tajer, 2021).<sup>3</sup>

Diversas autoras señalan que los enfoques de género y derechos están entrelazados. Es decir, asumir la perspectiva de género supone un enfoque de derechos,<sup>4</sup> algo que desde el feminismo se enfatiza con la visibilización del lugar social subordinado de la mujer, sujeta de violencias machistas, y la lucha por el restablecimiento de sus derechos, fundamentalmente desde la crítica radical a la alianza entre capitalismo y patriarcado. Desde la articulación entre género y derechos, Laura Pautassi (2007) recuerda el instrumento constitucional que provee la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979 (CEDAW) para garantizar la igualdad formal entre los géneros. La CEDAW regula las relaciones entre mujeres y varones en los ámbitos públicos, incluyendo las relativas al derecho al trabajo de las mujeres, los procesos de selección, la remuneración, la seguridad social, la protección de la salud y la maternidad, la ampliación de la autonomía de las trabajadoras y la formación profesional. Estos principios están muy lejos de alcanzar en la realidad de los países de América Latina y persisten desigualdades

---

3 El Decreto 721/2020 establece un cupo laboral para personas travestis, transexuales y transgénero que reúnan las condiciones de idoneidad. Al momento de realizar el trabajo de campo para esta investigación registramos el ingreso reciente de dos trabajadoras/es trans en el hospital provincial que no estaban aún trabajando durante el año 2020 de pandemia.

4 Asumir un enfoque de derechos debería incluir, a su vez, la perspectiva de género.

de género que generan inequidad en las relaciones laborales dentro del sector salud en Argentina.<sup>5</sup>

Los cuidados son centrales para la reproducción social de la vida cotidiana. Incluyen el cuidado de sí y de otras personas, como la satisfacción de las necesidades de niñas, niños, personas mayores, enfermas o con alguna discapacidad. Pueden realizarse en forma no remunerada en las familias o comunidades, o estar provistos por el estado o el mercado. Karina Batthyány (2020) distingue cuatro miradas analíticas al cuidado: la economía del cuidado, el cuidado como componente del bienestar, el derecho al cuidado y la ética del cuidado. En el campo de los cuidados relativos a salud, Tajer (2021) plantea que las dos principales áreas o esferas, la producción institucional y la producción doméstica de los cuidados en salud, pueden ser analizadas desde la perspectiva de género. La producción institucional del cuidado es realizada por el sistema de salud, público, social o privado. La composición por género de las trabajadoras y trabajadores del sector, las condiciones de trabajo, las prácticas generizadas, la capacitación en género del personal son criterios de análisis desde la perspectiva de género. La producción doméstica del cuidado de salud incluye las tareas generales asumidas en la organización familiar y comunitaria. Allí interesa su distribución por género y su visibilización.

La pandemia de COVID-19 es un hecho social que irrumpe de manera intempestiva en los espacios públicos y los domésticos. Las relaciones de trabajo se transforman durante el año 2020. En la Argentina, las trabajadoras y trabajadores de salud son declarados esenciales, de modo que están exceptuados del aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) para cumplir con sus funciones. Durante varios meses son los únicos que comparten las calles de las ciudades junto con las fuerzas de seguridad, algunos pocos transportes públicos y comercios de alimentos y productos de necesidad básica. El impacto en la vida cotidiana es importante, provocando una agudización en la crisis de los cuidados (Ramacciotti, 2020). El cierre de escuelas, clubes, centros de día delega en las familias la totalidad del cuidado de niñas, niños, adolescentes, personas mayores y con discapacidades diversas, en un contexto de pérdida de ingresos familiares. A su vez, la división generizada del trabajo dentro de las familias sobrecarga las responsabilidades de las mujeres, quienes también están más expuestas a la violencia doméstica por la convivencia con los agresores.<sup>6</sup> Las mujeres no sólo trabajan cuidando en sus hogares, sino que suman tareas de cuidado en espacios comunitarios como comedores, asociaciones barriales, comités de emergencia,

---

5 Según Pautassi (2007), "los programas y políticas que se implementaron en América Latina desde principios de los años ochenta hasta la actualidad [...] no cuestionan la división sexual del trabajo y apuestan a la mayor productividad del trabajo doméstico a fin de facilitar el trabajo remunerado de las mujeres. Tampoco analizan las situaciones de segregación y discriminación que padecen las mujeres en el mercado de empleo productivo, sino que además se ubica la causa de las desigualdades y de la subordinación de las mujeres en su situación de pobreza y no en las relaciones sociales de clase y de género que caracterizan a los países de la región" (2007: 32-33).

6 El Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad (2020) advierte que durante la pandemia, en la Argentina las mujeres aumentaron la carga del cuidado y junto con niñas y niños se encontraron expuestas en mayor medida a situaciones de violencia, maltrato, abuso o explotación.

entre otros. Colectivos de la diversidad sexual e identitaria se organizan durante la pandemia y brindan cuidados comunitarios para la preservación de la vida desde los principios de solidaridad y cooperación propios del feminismo (Fournier, 2020).

Para las trabajadoras mujeres del sector salud, esenciales durante el ASPO, el incremento de las tareas de cuidado provoca mayor peso de la doble carga laboral, en el hogar y en el empleo, y aún de la triple carga laboral al sumar actividades de cuidado comunitario. Según Karina Ramacciotti (2020), cuidar en tiempos de pandemia conlleva una connotación colectiva y política que excede la responsabilidad individual. Su análisis debe contemplar las relaciones sociales entre los géneros que naturalizan el cuidado de las mujeres en el hogar y también en el hospital. En este trabajo nos concentramos en las narrativas de mujeres y varones trabajadores de salud pública en Mar del Plata sobre la organización generizada del trabajo en las familias y en los centros de salud durante los años 2020 y 2021 de pandemia.

### **Impacto de la pandemia en la producción del cuidado en salud**

El sistema de salud argentino se caracteriza por su fragmentación. Desde lo administrativo, se encuentra descentralizado a nivel provincial y su estructura organizacional está conformada por tres subsistemas: la salud pública, la medicina privada y las obras sociales. A criterio de Eliana Aspiazu (2017) esta conformación segmentada lo convierte en un espacio complejo y a la vez desarticulado en su interior; además, la responsabilidad presupuestaria por la salud pública también está fragmentada y son las provincias y los municipios los responsables de responder por ella, quedando dicha asignación a criterio del presupuesto con el que cuenta cada zona. En este contexto, en las últimas décadas el sector salud ha incorporado una mayor proporción de mujeres entre sus profesionales y actualmente, en Argentina, salud cuenta con gran presencia femenina en todos sus subsectores (Aspiazu, Baldi y Lanari, 2011; East, Laurence y López Mourelo, 2020).

A pesar de la mayoría de mujeres, los puestos de trabajo están segmentados y las tareas que ellas realizan corresponden en su mayoría a ocupaciones técnicas, administrativas, de limpieza y gastronómicas, a diferencia de los cargos que ocupan los varones que trabajan en salud, ya que ellos se desempeñan en puestos jerárquicos y de gerencia, pero también se dedican a las ocupaciones profesionales hegemónicas (médicos, farmacéuticos). En la Argentina, Aspiazu (2017) refiere que “aún se mantiene la histórica segregación por género al interior de la profesión [...] y las jerarquías al interior de los equipos de salud [...] en los que [...] las mujeres aún son minoría en los cargos de mayor decisión y responsabilidad” (Aspiazu, 2017: 19). Las desigualdades de género que hacen que la mujer no acceda a cargos y puestos jerárquicos en salud en la misma medida que los varones, se hace extensivo al ámbito de los sindicatos de salud argentinos, algo especialmente grave en el ámbito sanitario, porque son espacios necesarios para la defensa de los derechos de las trabajadoras y trabajadores, y porque las brechas de género continúan vigentes en el sector. Al respecto, Aspiazu (2017) advierte que “a pesar de tratarse de un sector altamente feminizado, en la mayoría de los

sindicatos de la salud la proporción de mujeres trabajadoras no se refleja en las comisiones directivas de los sindicatos, así como tampoco se ha logrado incorporar la perspectiva de género como un eje prioritario de la política sindical” (Aspiazu, 2017: 20). Este panorama de segmentación ocupacional por cuestiones de género repercute en desigualdades a todo nivel, una de ellas corresponde a la brecha salarial que también se refleja en las condiciones laborales de las trabajadoras de la salud de la región, quienes perciben salarios inferiores en comparación con los varones del mismo sector (East, Laurence y López Mourelo, 2020). En Brasil, al igual que en la Argentina, por los bajos salarios en el sector salud, las trabajadoras y trabajadores deben tener más de un empleo para poder subsistir (Bitencourt y Andrade, 2020). Entre ellos figuran aquellos vinculados a las tareas de cuidado que, en América Latina, son prácticas ejercidas mayormente por mujeres, en un contexto laboral de características precarias e informales (Batthyány y Solari Scavino, 2018).

El trabajo remunerado de las mujeres en el sector salud se combina con las tareas de cuidado en el ámbito doméstico (East, Laurence y López Mourelo, 2020), lo que implica una sobrecarga laboral para las mujeres, quienes se están incorporando paulatinamente a otras profesiones del sector. En tal sentido, a pesar de que históricamente el sector salud argentino ha estado conformado por una mayor presencia de las mujeres en “las tareas semicalificadas relacionadas con los servicios de cuidado”, en las últimas décadas se está visualizando un incremento de las mujeres entre las y los profesionales de la salud (Aspiazu, Baldi y Lanari, 2011: 6).<sup>7</sup> Reconociendo las desigualdades de género persistentes en salud, pero también desde la valoración de la progresiva incorporación de las mujeres en ocupaciones profesionales que implican una mayor jerarquía, Ramacciotti (2020) advierte el papel central que tienen en ello las ciencias sociales y la economía feminista. Ellas han realizado que permiten interpelar no sólo las tareas de cuidado, sino también el lugar natural que se le atribuye a la mujer en su rol de cuidadora, madre y cónyuge tanto dentro como fuera del hogar. Ello deriva en la naturalización de un trabajo feminizado remunerado (como en el caso de las ocupaciones en salud) y no remunerado, asociado a las tareas del hogar naturalizadas y reforzadas por los mandatos de género.

Un hito que ha permitido recuperar la agenda de las ciencias sociales y los feminismos para interpelar las tareas de cuidado y las desigualdades de género en el sector salud, corresponde a la pandemia por COVID-19 que puso en evidencia la crisis de los cuidados. En la Argentina, en el año 2019 se instituyó el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, el cual ha trabajado sobre la redistribución más justa de las tareas de cuidado. Tareas que históricamente fueron resueltas en el ámbito privado y por lo tanto quedaron invisibilizadas y naturalizadas, lo que ha derivado en su falta de reconocimiento político, económico y social (Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, 2020). Esto significa que las desigualdades de género en torno a las tareas

---

<sup>7</sup> Aspiazu (2017) también advierte que en las últimas décadas en el sector sanitario argentino las mujeres están incorporándose a los cargos de disciplinas hegemónicas como la medicina, no obstante la tendencia ocupacional de la mujer en el ámbito de la salud es más frecuente en las actividades subalternizadas, entre las que se destaca enfermería.

de cuidado y las que corresponden a las del sector salud no son cuestiones de último momento, sino que corresponden a demandas sociales históricas de diversos colectivos profesionales, que durante la pandemia fueron postergadas nuevamente. Para Ramacciotti y Testa “la pandemia de la Covid-19 evidenció, como nunca antes, la perdurabilidad de problemas de larga data dentro del sector de enfermería y las dificultades para poder resolverlos” (2021: 3). Mientras que Tajer señala que “las mujeres más pobres tienen más demandas de cuidados y menos posibilidades de resolverlas si el Estado no lo garantiza” (2021: 4). En este sentido, la pandemia ha tenido un impacto en las mujeres en general y particularmente entre las trabajadoras del sector salud. La esencialidad de las tareas del sector salud sacó a la luz problemáticas enquistadas, como por ejemplo, la falta de personal y la sobrecarga de trabajo. Las que si bien motivaron la incorporación de más personal, “las características contagiosas de la enfermedad y la incertidumbre biocientífica motivaron momentos de sobrecarga laboral, estrés y dudas frente a la falta de claridad en torno a las medidas de bioseguridad” (Ramacciotti, 2022: 13). Ello agravó el desgaste de las mujeres, quienes frente al cierre de escuelas y otros espacios de cuidado, debieron abocarse más que nunca a los cuidados domésticos no remunerados (East, Laurence y López Mourelo, 2020).

En estudio de la región se han encontrado resultados similares al impacto de la pandemia en la Argentina. Por ejemplo, en Brasil se destaca que la pandemia ha servido para que el sector profesional de la salud y el gobierno pongan atención para generar las condiciones necesarias que permitan reconocer formalmente el trabajo de los cuidados que son realizados por mujeres de sectores populares (Bitencourt y Batista Andrade, 2021). En Uruguay, incluso antes de la pandemia, se ha evidenciado que las mujeres son las que más se dedican a las tareas de cuidados no remunerados en salud (Batthyány Dighiero y Solari Scavino, 2018), lo que da cuenta de un panorama desigual e informal que no solo socava los derechos de las mujeres sino que se agrava en un contexto de emergencia sanitaria mundial donde los países de la región, incluyendo Argentina, aún no han repartido las tareas de cuidado de manera equitativa entre mujeres y varones (Tajer, 2020).

### **La pandemia en Mar del Plata**

Mar del Plata es una ciudad balnearia del partido de General Pueyrredon, ubicada en la provincia de Buenos Aires. Es uno de los conglomerados urbanos más importantes de la costa atlántica bonaerense. Año a año la población está en constante aumento y debido a su condición de ciudad turística el nivel de habitantes aumenta en la temporada estival. La población estimada del partido es de 660.000 habitantes, superando apenas la cantidad de mujeres sobre los varones (Municipalidad de General Pueyrredon, 2022). A pesar de ser la ciudad balnearia más importante de la Argentina, un tercio de su población se encuentra por debajo de la línea de pobreza (INDEC, 2022).

La diversidad cultural de Mar del Plata es muy amplia, conviven colectividades constituidas a partir de migraciones internas, países limítrofes y extracontinentales. La diversidad también se expresa en la presencia de organizaciones



que promueven la diversidad de género como colectivos de distintas procedencias, con las filiales en Mar del Plata de la Federación Argentina FLGTB y la Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina ATTTA. Las desigualdades sociales se expresan geográficamente entre la zona céntrica y los barrios periféricos de la ciudad. La popular ciudad turística marplatense esconde la realidad de una población con uno de los mayores índices de desocupación del país.

En este contexto, la crisis sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19 conlleva la agudización de la pobreza y la desigualdad. Se estima que en 2020, cerca de 100.000 personas cobraron el ingreso familiar de emergencia otorgado por el gobierno nacional, correspondientes a dos de cada cinco hogares, además de la asignación universal por hijo o hija y otros planes sociales. Las organizaciones sociales y entidades vecinales y barriales principalmente conformadas por mujeres, rápidamente se organizaron para contener la crisis social y generaron un mecanismo de asistencia que terminó por transformarse en una red de contención sin precedentes: los comités barriales de emergencia (CBE). Esta red de cuidados comunitarios comenzó con un puñado de comedores y organizaciones para paliar el hambre, y creció de manera exponencial para extender sus actividades a la asistencia sanitaria con un amplio despliegue territorial para la atención de la violencia de género e institucional (Que Digital, 6 de junio 2020).

El sistema de salud pública en la ciudad cuenta con establecimientos de los tres niveles de atención, los que fueron adecuados durante la pandemia. Los institutos nacionales realizaron diagnóstico y rehabilitación. Los hospitales provinciales, materno-infantil y hospital interzonal general de agudos, contaron con internación para COVID-19. Adicionalmente, se habilitaron dos Unidades de Pronta Atención y un hospital modular para internación. A nivel municipal, existen 35 Centros de Atención Primaria de la Salud que conforman una red que articula con el Centro de Especialidades Médicas

Imagen 1.- Hospital Interzonal General de Agudos



Fuente: Paula Posada Campoy, 2021.

### Ambulatorias (CEMA).

En Mar del Plata funcionan todos los niveles de educación formal, jardín, preescolar, primario, secundario, terciario y universitario. El ASPO dispuesto por el gobierno nacional en 2020 modificó las dinámicas sociales, educativas, de ocio, recreación, laborales. Todas las instituciones educativas cerraron hasta la semipresencialidad alcanzada en el segundo semestre y el restablecimiento de la presencialidad completa a partir de agosto de 2021. También en 2021, durante la segunda ola de COVID-19, se volvió a interrumpir la presencialidad educativa durante cinco semanas entre mayo y junio, hasta que a partir del cambio de fase se autorizó la vuelta de las actividades en las escuelas (La Capital, 2 de agosto de 2021). Ello modificó las lógicas de relación entre las familias y la escuela, con un impacto muy fuerte en los espacios domésticos y también en los laborales. El hambre, la desocupación, la violencia, se vieron agudizadas por la pandemia en los ámbitos domésticos y comunitarios. Según testimonios en periódicos locales: “ya no es el nene que venía a hacer el apoyo escolar a la tarde y de paso tomaba la leche. Ahora es la familia caminando cuadradas buscando comedores o merenderos para poder asistir a todo el núcleo familiar completo” (Que Digital, 6 de junio de 2020).

El desplazamiento de la actividad escolar al ámbito doméstico y la sustitución de las actividades presenciales por los entornos virtuales profundizó las desigualdades sociales en el acceso a la educación debido a la disponibilidad de internet y computadoras. *La Capital* (13 de septiembre de 2020) titula “Los desconectados del sistema educativo en virtualidad”, y alude a niñas y niños “de barrios de la periferia o zonas rurales que dejaron de participar activamente de la vida escolar porque carecen de la tecnología necesaria y los docentes buscan alternativas para mantener el vínculo”. Durante los años 2020 y 2021, Mar del Plata replicó las medidas provinciales y nacionales de distanciamiento social y reducción de actividades presenciales. Además de las escuelas se cerraron los espacios de recreación como los polideportivos, clubes, centros de jubilados y jubiladas. Ello alteró drásticamente la vida cotidiana de las familias y en ellas las mujeres han incrementado las tareas de cuidado junto con las laborales debido a la división generizada del trabajo en el ámbito doméstico. La campaña “Alimentando resistencia: mujeres protagonistas en la lucha contra el hambre y la pandemia” visibiliza las tareas que realizan las mujeres y que no suelen ser reconocidas aún cuando resultan esenciales para el contexto de aislamiento y el acontecer cotidiano de actividades sociales y económicas (Que Digital, 31 de octubre 2020). Esas actividades sociales y económicas las desarrollaron las mismas mujeres en los espacios laborales, como el sector salud, con una constitución mayoritaria femenina. Sus trabajadoras han sufrido especialmente la doble carga del cuidado, puesto que además organizar el hogar, el cuidado de hijas e hijos, la alimentación y la limpieza, fueron consideradas esenciales para la contención de la pandemia.

### Metodología

Trabajamos con un diseño metodológico cualitativo de enfoque etnográfico y perspectiva de género. Para contemplar la diversidad de profesiones y ocupaciones, entrevistamos a trabajadoras y trabajadores de los tres niveles de atención

de salud en Mar del Plata, en el período que se extiende de marzo a diciembre de 2021. Buscamos incorporar una temporalidad en las narrativas que cubren las experiencias desde los primeros meses de la pandemia en 2020 hasta fines del año 2021. La situación epidemiológica abarca el período desde el momento en que no existía circulación comunitaria viral hasta la aparición de los primeros casos y muertes en nuestro país y las sucesivas *olas* de la pandemia, llegando hasta fines de 2021. Las primeras entrevistas fueron virtuales debido a las restricciones sanitarias vigentes y progresivamente avanzamos hacia el trabajo de campo con entrevistas presenciales y observación participante en hospitales nacionales y provinciales, el CEMA y los CAPS de zonas urbanas, periurbanas y rurales. Ello permitió recuperar el enfoque etnográfico y la relevancia metodológica del trabajo de campo (Guber, 2011), reconocida como el valor de haber estado realmente allí (Geertz, 2003).

Entrevistamos a 45 trabajadoras y trabajadores, 30 mujeres de 27 a 56 años y 15 varones de 35 a 65 años, con las ocupaciones de enfermería, medicina, kinesiología, psicología, nutrición, fonoaudiología, trabajo social, terapia ocupacional, bioquímica, imágenes, limpieza y administración. Del total de entrevistadas y entrevistados, diez se reconocen descendientes de pueblos originarios y cinco refieren comprender una lengua indígena.<sup>8</sup>

Con un primer análisis del *corpus* narrativo construimos dimensiones, subdimensiones y categorías que se organizaron en la elaboración de una base de datos cualitativa.<sup>9</sup> Las principales dimensiones identificadas son: escenarios de trabajo, hitos, transformaciones, modos de producción del cuidado, emociones, aprendizajes, desafíos, enfermedades crónicas no transmisibles, salud sexual reproductiva y no reproductiva, salud mental e implicaciones mutuas en el trabajo de campo. Para la composición de este artículo seleccionamos las narrativas de mujeres y varones según la profesión y ocupación correspondientes a las dimensiones de *modos de producción del cuidado y aprendizajes*.

Los modos de producción del cuidado incorporan las acciones que constituyen a las trabajadoras y trabajadores y su relación con las personas usuarias de los servicios de salud y con los procesos de la institución (Franco y Merhy, 2016). Esta dimensión involucra las subdimensiones de cuidado de sí, autocuidado personal; cuidado colectivo al interior del equipo de trabajo, cuidado de las y los otros (hacia usuarias y usuarios) o hacia el ámbito doméstico, la familia, incorporando el género de quien narra. La dimensión *aprendizajes* contempla, entre otras, las subdimensión de las experiencias de las trabajadoras y trabajadores que hacen referencia a las reflexiones en sus narrativas sobre el género. En este artículo se buscó identificar en las narrativas los discursos diferenciales de género en relación al cuidado institucional y doméstico. El análisis de las narrativas fue de tipo hermenéutico, combinado con las notas de campo producidas durante la observación participante en los efectores de salud. De acuerdo con

---

8 Se tomó consentimiento informado a las y los participantes y el protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de INE/ANLIS.

9 Esta base de datos toma como punto de partida las narrativas de trabajadoras/es de salud de centros y hospitales públicos de las regiones de Noreste/Litoral, Noroeste, Pampeana, Centro, Gran Buenos Aires y Patagónica en Argentina. Proyecto PISAC COVID-19, cód. 077, 2022.

el sentido otorgado por Sirimarco (2019) a la narrativa antropológica intentamos desplegar el campo en su complejidad de prácticas y relaciones, de modo de identificar las principales problemáticas, estrategias y prácticas de cuidado y a partir de allí detectar las dimensiones cualitativas emergentes en relación a las desigualdades de género en los ámbitos domésticos e institucionales de las trabajadoras y trabajadores.<sup>10</sup>

### **Narrativas de la producción del cuidado institucional y doméstico de trabajadoras y trabajadores de salud**

A partir de las narrativas de trabajadores y trabajadoras de salud pública y la observación de sus prácticas en los hospitales y centros de salud, damos cuenta de los alcances del reconocimiento de las desigualdades de género en la producción del cuidado en salud durante la pandemia en Mar del Plata. Del análisis interpretativo de las narrativas emergen en primer lugar discursos que tienden a perpetuar el cuidado de la familia y el hogar en manos exclusivas de las mujeres. Las mujeres trabajadoras de salud relatan las experiencias vividas durante la pandemia en términos de disociación entre la vida laboral y familiar, y las complicaciones vitales que esta suma de responsabilidades provocaba:

...No había días libres [...]. Yo un día me senté con A., y bueno, o sea yo tenía mis días libres porque yo dije bueno, yo estos días tengo que estar con mis hijos. Al estar separada..., me organizaba con el papá y dije yo los días que estoy sin los nenes vengo, si quieren, todo el día. [...] Ahora... necesito días con mis hijos.” (Flavia, 38 años, técnica química)

La disposición del tiempo es un diferencial recurrente entre mujeres y varones. Desde la perspectiva de género, el cuidado de sí en el caso de las trabajadoras de salud se encuentra atravesado por condiciones y responsabilidades domésticas que no les permiten disponer abiertamente del tiempo de ocio, de recreación o de prácticas para mejorar su estado de salud. De aquí que muchas trabajadoras padecieron en carne propia los resultados del estrés generado por el trabajo en pandemia, el cuidado de las y los otros y de las familias:

Yo me desvelaba, no sé por qué a las 3 de la mañana y me tenía que prender la radio porque no me podía volver a dormir, muchas pesadillas, especialmente en la fase 1 con el aislamiento... Donde yo me sentía que, imaginate que estoy viviendo en zona rural, salía de allá, para que te ubiques cerca de Marayui, hasta venir a la sala no me cruzaba un auto, no había nadie, o sea, era como una situación fantasma. Fantasma, digo, dónde está la gente, viste esas películas que desaparece la población y te quedas vos sola. (Irupé, 47 años, trabajadora social)

El trastorno del sueño se presentó como una constante en las trabajadoras

---

10 A criterio de Alonso et al (2021: 99) “la pandemia sacó a relucir reclamos históricamente postergados [...] Trabajadoras de la salud expresaron el reclamo por su derecho a un sueldo digno y al reconocimiento de la profesión de enfermería, a la que también se sumaron personal de limpieza y camilleros”.

de salud, que atravesaron esa situación y vieron reflejado en su cuerpo el impacto de la pandemia. Las pesadillas sumaron complicaciones a la insuficiencia de descanso:

Insomnio, alimentación, bueno, aumenté 20 kilos que no, bueno, nos restringieron... Una de las cosas que nos pasó, nos restringieron las salidas, nos restringieron... no podíamos andar en colectivo. Teníamos que ver si nos arreglábamos... si íbamos en bicicleta o si nos llevaba alguien, después cuantos íbamos, y no podíamos usar el transporte público. (Ana, 49 años, técnica en estadística) Y si también a mí se me dio vuelta digamos, como a un montón de personas le pasó el tema del sueño. Esto ¿no? de no poder organizar los horarios laborales como se hacía antes, no poder organizarme como, estrictamente en los horarios que yo tenía antes que son como muy así... muy pautados, y eso sí, desacomodó un poco todo en general. (Laura, 27 años, fonoaudióloga)

En el cuidado hacia usuarias y usuarios, las mujeres trabajadoras de la salud tuvieron un papel central. Observamos que se reproduce la misma lógica que en la dimensión doméstica del cuidado. Mientras los varones siguen ocupando su lugar de privilegio en los espacios públicos y privados, el estereotipo femenino conserva el rol activo del cuidado. Así las trabajadoras extendieron su tarea profesional en los lugares de trabajo hacia el cuidado de otras y otros durante la pandemia. La extensión de las prácticas de cuidado se sirvió de diferentes estrategias, iniciativas para la distracción de pacientes y familiares, contención emocional a compañeras y compañeros, métodos holísticos que generen bienestar. En el caso de Sandra, la tarea que desempeñaba en el hospital provincial consistía en la limpieza, pero al observar lo que ocurría en su sector, accionó un mecanismo de *distracción y pasatiempo* para las personas que se encontraban internadas:

Juntamos libros y les imprimimos mandalas y esas cosas para que tengan para distraerse porque una de las cosas que más me chocó era al hacer tantas camas, tanta gente y cuando alguien se moría, justamente por estar gente que tendría que estar en terapia, estaba en la misma sala que gente que estaba a punto de darse de alta. Mmm, eh, tenían el muerto ahí enfrente, lo veían envolverlo en una bolsa. Así como para la gente era muy duro eso porque no sabía si iban en ese camino. (Sandra, 40 años, agente de limpieza)

Lo mismo ocurría entre pares, el cuidado se intensificó entre las trabajadoras haciendo colaborativo el conocimiento: “las chicas, las enfermeras del piso, ya la tenían más clara y me fueron diciendo, me ayudaban, viste” (Andrea, 36 años, limpieza). La contención fue realizada entre las trabajadoras de salud, como sostiene Luciana: “bueno se escucharon de todo tipo de versiones: que a mí me ha pasado de tener que contener más de una vez, de darles esas fuerzas que quizás vos no la tenés...” (Luciana, 44 años, enfermera profesional).

Para el cuidado de sí, las trabajadoras de salud en tiempos de pandemia encontraron alternativas para enfrentar el cansancio y el estrés: yoga, meditación, terapia y deportes son las actividades que eligieron para paliar la situación. Pero en el caso de las mujeres, las prácticas de cuidado de sí se encontraban

atravesadas por las condiciones domésticas:

Empecé en algún momento alguna rutina propia mía en mi casa, no me iba seguir cosas por YouTube o virtual, entonces me armé mi propia rutina de yoga, que cuando podía lo sostenía digamos en mi casa de media hora con mi hija en el medio, con mis cuestiones personales que también se fueron dando, pero bueno, que hoy por suerte he podido recuperar. (Cinthia, 42 años, trabajadora social)

Los trabajadores varones en cambio, no relatan inconvenientes en este sentido, sino que pueden desplegar libremente su deseo:

No, mirá, estrategias que tengo, retomé el fútbol con mi hijo y con mis compañeros, algunos de trabajo y otros... Los días viernes, me gustaría ir un día más. Cuando hay días que no hay viento retomo un poco la bici, días lindos para no andar de pantalón largo y ponerme una bermuda y andar cómodo para usar la bicicleta y me encanta... Los días miércoles tengo mi profesor de guitarra eléctrica, así que este, toco guitarra eléctrica, en lo posible, los días aburridos veo cine con mi familia. (Ricardo, 52 años, médico pediatra)

Es en las narrativas de las mujeres referidas a los espacios públicos de trabajo donde se introduce la lógica de la solidaridad, volviendo consciente la necesidad de trabajar sobre el derecho a la salud desde las redes comunitarias:

Ni ningún profesional puede trabajar solo en un equipo, ni ninguna institución puede abordar una situación de las características con las que nosotros trabajamos. Entonces mi principal apuesta, digamos en la postpandemia, si algo positivo nos vino a dejar es ver esto con mucha claridad. Y digamos, es algo también que es muy característico de mi disciplina y en lo que yo trato de poner mucho énfasis ¿no? En la construcción de estos vínculos institucionales y en el fortalecimiento de las redes, que son los que no solo nos permiten abordar las problemáticas sino también nos permiten sostenernos ¿no? como, sobre todo en lo comunitario, esta importancia de fortalecimiento de la red. Eso por ahí es como para mi hoy de lo más significativo... (Natalia, 36 años, trabajadora social)

Difícilmente se puede hablar de relaciones igualitarias entre los géneros cuando se mantiene la inequidad entre mujeres y varones. Cuando los roles que se desempeñan están asignados desde la hegemonía patriarcal y se naturalizan los estereotipos femeninos de cuidado. La desigualdad de género es reconocida en relación con los mandatos del cuidado doméstico de las mujeres, pero se sostiene la lógica que no llega a visibilizar las jerarquías entre los géneros en los espacios laborales:

Puede ser, por los roles que todavía tenemos asignados, ¿no? Por ahí creo que para mis compañeras si tenían hijos, hijas y demás ha sido distinto que para mí. Tener que salir de la casa, como que, es más, todavía..., por más que uno lo piense, es más esperable que salga el hombre todavía de la casa, si es un matrimonio heterosexual. Y creo que a ellas quizás les fue más complejo tener que organizar su casa para que por ahí quede su compañero al cuidado de los niños, si bien mis compañeras trabajan todas desde siempre fuera de la casa, porque otras mujeres trabajan en su casa. Bueno a ellas les toca más trabajar más fuera de la casa. [...] Creo que desde la organización quizás fue distinto, eh,

vivenciado. [...] Pero después desde otros aspectos no creería, eh... No desde lo cotidiano, del trabajo cotidiano. No, no creo que hayan mencionado temores distintos a los míos, de ponerle, contagiar a alguien... Por eso digo, hay tantas cosas, variables que nos atraviesan a las personas, incluido el género, ¿no? Pero qué se yo, de experiencia previa, hasta de crianza, de lo que fuera... (Juan, 47 años, trabajador social)

La lógica igualitaria impide reconocer que existe un conflicto que urge poner en tensión y discutir, ya que se hace visible la naturalización de ciertas cuestiones domésticas que le son propias a las mujeres por la condición de género pero no el lugar subalternizado en el sistema de salud, con algunas excepciones que se destacan por su sensibilidad de género. En el relato de Gonzalo, enfermero en un CAPS periurbano, se reconoce la condición de facilidad que le otorga el género masculino, no solo con los pares sino también en la relación jerárquica laboral con el médico. Observamos que él forma parte del programa de diversidad de la secretaría de salud municipal. Tiene claros los beneficios del género masculino:

Como te hablo de un sesgo sindical, también tengo un sesgo por la temática que estoy estudiando hace un año y pico y siempre ser varón es más sencillo, en cualquier situación. Aunque la relación, a veces jerárquica que hay, no se porque es así pero que el médico está sobre el enfermero, cuando sos un enfermero varón, es distinto, te tratan distinto, y ni hablar si hay una médica y un enfermero, también la médica te ve como: 'bueno, si es varón me apoyo.' El género nos atraviesa siempre, y siempre en beneficio de mi género. ¿Novedad para ustedes? No. (Gonzalo, 51 años, licenciado en enfermería)

El tratamiento diferencial al que alude Gonzalo refiere no sólo al espacio laboral sino que es naturalizado en los ámbitos domésticos, donde es la mujer la principal encargada de cuidar del bienestar familiar. La narrativa de Milo no solo deja traslucir los conflictos y diferencias que observamos en el CAPS entre las disciplinas médicas y sociales, sino que aporta la visión de una perspectiva en la que subyace el mandato de género relativo a la división generizada del trabajo de cuidado en los ámbitos domésticos y su impacto en el espacio laboral:

Y... va a quedar como que discrimino, pero siempre las mujeres, la gran mayoría, yo por ejemplo no tengo hijos, no estoy casado ni nada, es como que tenían ese, ese argumento, a lo que yo les decía, pero vos decidiste trabajar, yo no pongo los genitales de nadie ante nada. Todos somos iguales, o sea si uno está trabajando, seas varón o mujer, estás trabajando. Entiendo la problemática que tengas un hijo o no, pero es tu problemática, no la mía. O sea, yo también quisiera estar en mi casa, para prevenir y no enfermarme, o sea, era la única dificultad, bah dificultad no, era el único, como cuando me decían, yo contestaba eso, o sea, no me parece justo que por tener hijos, eh, soy prioridad y soy mujer. Cuando sos mujer te conviene, o sea, después somos todos iguales, o sea. Tenemos como el doble discurso todavía en ese aspecto, yo siento que es un doble discurso, porque me parece que no es justo o sea, todos igual, yo también quiero quedarme, hay hombres que están acá y son padres, o sea, también tendrían el mismo derecho que la mujer que tiene un hijo, es lo mismo. (Milo, 43

Imagen 2. Estación Chapadmalal



Paula Posada Campoy, 2021.

años, licenciado en enfermería)

La fortaleza y seguridad de las trabajadoras de salud se ponen de manifiesto durante el trabajo en pandemia aun cuando ellas no son reconocidas como atributos de las mujeres. Sin embargo, en el conjunto de las representaciones sobre la diferencia sexual se mantienen los imaginarios de fuerza masculina, colocando a las mujeres en una condición de inferioridad al respecto. Desde la lógica de la igualdad formal en el espacio público, los varones reconocen las cualidades de las mujeres pero siempre se tiende a perpetuar la supremacía masculina:

No lo creo, no, conozco mujeres muy valientes, ¿no? más valientes incluso que todos en ese sentido. No, no, no creo que el género, quizás en el momento de fuerza, sí, uno le ayuda a una compañera, por ejemplo, se le trabó un chasis. Se le trabó una máquina, así va uno, no, al momento de imponer la fuerza para sacar algo o para correr algo. Quizás sea esa pequeña diferencia, en la parte intelectual, la verdad que no, no lo creo. No creo que el género sea un límite. (Carlos, 47 años, licenciado en bioimágenes)

En las narrativas referidas a los aprendizajes que dejó la pandemia, se pueden identificar diferencias de género entre trabajadoras y trabajadores de salud. Mientras los varones discurren sobre políticas públicas, aprendizajes individuales y en algún caso sostienen que nadie aprendió nada, son las mujeres las que encontraron y enumeraron aprendizajes significativos, como la capacidad de adaptación de sus colegas y de las personas o la organización en lo referido a cómo se asignan los turnos en los CAPS. Utilizan categorías positivas como: *unión, interdisciplina, trabajo en equipo, sostenimiento*. Reconocen



estrategias creativas que resultaron significativas para la vinculación con las y los pacientes internados:

En las habitaciones, el vidrio y lo que fue el dedo pulgar se convirtieron en dos estrategias. En algo que vos veías que a través del vidrio, te hacían la seña de que está todo bien y gracias a eso mucha gente se iba tranquila porque, al estar aislado porque no pueden ingresar, porque obviamente las visitas fueron completamente restringidas, y más en área COVID, no podían entrar, a no ser con un protocolo de fin de vida. (Luciana, 44 años, enfermera profesional)

Los varones reproducen el discurso homogeneizante de la salud pública en sus demandas al sistema básicamente, desde una lógica de asignación de recursos:

No, esto que, que si nuestras autoridades básicamente en salud me parece que, más allá de un antibiótico y algún barbijo nos haga falta o algo material, es la necesidad de que los equipos de salud estén completos no, es decir, los seres humanos que trabajan con la comunidad y que los equipos estén completos. (Ricardo, 52 años, médico pediatra)

Del análisis de las narrativas se desprende con claridad la urgencia de poner en discusión los derechos de las trabajadoras de salud desde la perspectiva de género. El discurso hegemónico oculta las desigualdades de género referidas a las tareas del cuidado de la salud y vulnera el derecho al descanso, al esparcimiento y al ocio. Invisibiliza desigualdades y reparte privilegios a los varones y obligaciones a las mujeres:

Si claro, entiendo que para las mujeres madres, médicas o trabajadoras de la salud, y además docentes... digamos en un momento lo charlábamos. Tengo mis colegas de cátedra que son madres, trabajadoras de salud, y además docentes, creo que la complicación ha sido mucho mayor que para los varones en general, y sobre todo los varones que no tuvieron que trabajar en la salud y en la educación, que fueron dos cosas que hubo que sostener mucho, y que no se tuvo en cuenta el cuidado., los cuidados familiares, a la hora de establecer esas priorizaciones laborales. Digo, como muchas complicaciones... y que en general los cuidados recaen en.. ¿no? en las feminidades. Así que si, si que hubo mucha sobrecarga. (Ramiro, 38 años, médico clínico)

No está muy visibilizada la cuestión tanto como se debería pero creo que se ponen de manifiesto las mismas disparidades que están siempre ahí jodiendo ¿no? y que uno las asume como naturales y al final no terminan siendo, como que se yo, que mis compañeras mujeres aparte de hacer todo lo que yo hago tienen que cuidar a dos hijos viste y que se supone que creo que hay disparidades de género, no sé si adentro del hospital modular, no creo que adentro, no creo que puertas para adentro pero sí influye lo que uno trae como persona o sea se nota, yo creo que sí, no sé si es tan significativo o al menos no tengo una vara con que medirlo. Pero yo creo que sí, que yo percibo una diferencia totalmente. (Benjamín, 36 años, médico neurólogo)

De acuerdo con el enfoque de derechos inherente a la perspectiva de género

observamos que si bien desde los discursos se habla de la igualdad entre los géneros, esta no se corresponde con la realidad. En la narrativa de los varones entrevistados emerge de modo recurrente su lugar de *espectador*, el que puede ver y analizar el rol de género en sus compañeras, pero no alcanzan a cuestionarse su lugar de privilegio:

Yo tuve compañeras que tuvieron, desde el primer paciente con COVID en una terapia intensiva, lo atendieron hasta que cerró el hospital modular hace poquito, entonces... creo que ese nivel de estrés que ellas tuvieron, no lo tuve yo. Si bien tuve momentos de estrés, momentos de incertidumbre... yo no tuve ese momento de estrés, de... lo que estoy viendo que, están pagando el costo ahora, digamos, el costo en su cuerpo, digamos. En algún momento, eh... esa carga va a generar su efecto, digamos. [...] tratamos de cuidarnos, yo les digo 'si pueden tómense vacaciones' pero, eh... se las nota muy cansadas, a expensas de que ahora estamos en un momento muy bueno de la pandemia... Sin embargo, se las nota muy cansadas. En ese sentido, yo no la pasé. (Fernando, 39 años, kinesiólogo)

Se vuelve evidente que las trabajadoras de salud no solo pusieron sus conocimientos al servicio de la pandemia, sino que también pusieron sus cuerpos en el espacio público y también en el doméstico. Mujeres fuertes se ha dicho, pero también vulnerables, en un sistema muchas veces despersonalizado, jerárquico, vertical, dominado por una lógica más bien autoritaria que valora la obediencia, en el que la solidaridad se cuele de la mano de las mujeres trabajadoras de salud. En una profunda reflexión Marcela se pregunta: "si, es como que una siente que ¿el quién te cuida no? cuando sos la que intenta cuidar al resto... y no lo sentimos realmente" (Marcela, 54 años, médica).

## Discusión

El discurso que homogeneiza las diferencias de género en las tareas de cuidado de la salud pública puede explicarse en los términos de la producción de hegemonía, entendida como la capacidad de los grupos de poder de naturalizar sus intereses corporativos y presentarlos como el bienestar general. Los trabajadores varones entrevistados en Mar del Plata apelan en su mayoría a la lógica de la igualdad formal cuando refieren a las relaciones laborales entre los géneros en la producción del cuidado en los espacios de trabajo. Con el feminismo aprendimos que aquello que es homogeneizado resulta invisibilizado. Con la invisibilización de la desigualdad de género, los varones *hacen* hegemonía en las instituciones de salud. Reproducen de este modo la conservación de sus privilegios de género. En términos de Ana María Fernández (1993) se reproducen así los imaginarios instituidos, cristalizados, sustentados por deseos anudados al poder, es decir, retroalimentan el sistema patriarcal desde las prácticas micropolíticas de las instituciones. Los imaginarios instituidos tienen la particularidad de producir hegemonía, es decir, configurar los procesos de subjetivación, en este caso, de los varones pero también de las mujeres.

La obturación de las diferencias de género que existen al interior de las instituciones de salud a través de la lógica igualitaria de la salud pública, reproducida como discurso hegemónico patriarcal encuentra en el reconocimiento de la

diferencia una amenaza a lo instituido (Fernández, 1993). Las mujeres tienen la potencialidad de ser portadoras de imaginación radical, aquella que no anuda sus deseos al poder sino busca instituir nuevos modos de relación social. Los imaginarios radicales, de constitución histórica y social, son capaces de transformar las relaciones sociales en el patriarcado. Los movimientos de mujeres y disidencias vienen luchando por décadas desde los feminismos para transformar la igualdad formal de las relaciones entre los géneros en igualdad real en los espacios públicos y en los domésticos. En la Argentina el movimiento Ni Una Menos a partir de las manifestaciones de cientos de miles de mujeres en 2015 tuvo una importante repercusión regional. Este resurgimiento feminista se caracteriza por las movilizaciones masivas de mujeres y disidencias desatadas por el dolor y la furia que provocan la epidemia de feminicidios y los obstáculos al derecho al aborto, en una clave signada por la interseccionalidad étnica y de clase, de acuerdo con una nueva “temporalidad afectiva” (Lamas, 2021) que genera una ruptura epistemológica del falologocentrismo patriarcal.

La creación de un Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad en diciembre de 2019, contemporáneo a la emergencia de la pandemia por COVID-19, cómo culminación de un proceso de ampliación de derechos en materia legislativa,<sup>11</sup> contribuye con la legitimación social de la cuestión de género. Trabajadoras y trabajadores del sector público nacional realizan capacitación específica en género en el marco de la Ley Micaela del mismo año 2019.<sup>12</sup> Es en este contexto histórico y político que las trabajadoras de salud comienzan a visibilizar brechas de género en el trabajo en las instituciones sanitarias. Entendemos que esta visibilización es explicativa de un proceso de disputa de género por los espacios públicos, laborales, un terreno en el que los varones tuvieron históricamente mejores recursos de vinculación y acceso a posiciones de poder y participación económica. La creciente feminización del sector salud junto con los movimientos de mujeres y los avances en las políticas de género del gobierno nacional favorecen la disposición de las mujeres para la disputa de los espacios institucionales.

Distinto parece ser el caso de los ámbitos domésticos, un espacio donde confluyen los mandatos de género que naturalizan las tareas de cuidado asumidas principalmente por las mujeres con el desinterés de los varones por la disputa de estos espacios. Los mandatos de género son culturales y resultan en las estructuras psíquicas de las mujeres y los varones, simbolizando la feminidad y la masculinidad; se orientan al mantenimiento del *status quo* (Lamas, 2002). De modo que ellos no tienen mayores problemas en reconocer la desproporción de género en las responsabilidades domésticas del cuidado e incluso la sobrecarga laboral que esto significa para las mujeres, si pueden seguir aprovechando sus beneficios

---

11 A partir del año 2002 con la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley 25.673) se inicia en Argentina un período de ampliación de derechos. Algunos ejemplos son la Ley 25.929 de Parto humanizado de 2004, Ley 26.485 de Protección integral a las mujeres en 2009, la Ley 26.743 de Identidad de género en 2012, y luego la Ley N° 27.610 de interrupción voluntaria del embarazo en 2021.

12 La ley toma su nombre de Micaela García, quien fue asesinada a los 21 años en Gualleaguay, provincia de Entre Ríos, por un hombre con antecedentes penales por violación.

puesto que tampoco se evidencia en ellos voluntad de transformación o reparación de la desigualdad. Las mujeres tampoco manifiestan su preocupación por la doble o triple carga laboral, asumen el rol con naturalidad, sin cuestionar los lugares tradicionales de compañeras y madres y su articulación con las responsabilidades de cuidado en las instituciones de salud. Según Lamas, de acuerdo con una estrategia de sobrevivencia femenina: “las causas por las cuales muchas mujeres no muestran su enojo son básicamente tres: la socialización familiar, las expectativas culturales de la feminidad y el enfrentamiento con un poder frente al cual se hallan en una situación de subordinación” (2021: 82).

La pandemia vino a trastocar las relaciones domésticas con las restricciones a la circulación, el cierre de escuelas y lugares públicos de esparcimiento. El cuidado recayó en los hogares y en ellos principalmente en las mujeres debido a los estereotipos del rol. Pero las mujeres que trabajan en el sector salud sumaron a la totalidad del cuidado familiar las responsabilidades laborales, puesto que su trabajo fue declarado esencial, de modo que puede afirmarse que sumaron malestar sobrante durante la pandemia de COVID-19.<sup>13</sup> La expresión del malestar sobrante se conjuga en el lugar del sufrimiento. Lamas (2021) refiere especialmente a las formas del sufrimiento que producen los mandatos de género. Entiende a las mujeres de las sociedades actuales como vulnerabilidades en resistencia. Resistir implica dar lugar a nuestros proyectos, “a una vida más vivible, que se oponga a la distribución diferenciada de la precariedad” (2021: 152). Como destaca Silvia Bleichmar (2009), en las contradicciones de la dominación encontramos la posibilidad de nuevas subjetividades. La mujer como sujeto colectivo y subalterno emerge como proyecto emancipatorio del patriarcado, una cuestión de especial interés para la antropología, disciplina que históricamente ha sido capaz de alojar lo inesperado.<sup>14</sup>

A estos desafíos sociales se suma la transversalización de la perspectiva de género en el sistema de salud. Como plantea Tajer, “la perspectiva de género es una mirada en salud que no se caracteriza por incorporar un nuevo objeto al campo de trabajo, sino por incorporar una nueva mirada acerca de las diferencias y especificidades en salud de mujeres y varones desde una perspectiva de ciudadanía y de derechos” (2012: 68). Si la experiencia de la pandemia tensionó los mandatos de género de las trabajadoras de salud en los ámbitos domésticos, en las instituciones de salud se reprodujeron las asimetrías de género teñidas de aparente igualdad. Transversalizar la perspectiva de género en los espacios institucionales contribuiría a lograr la equidad de género en el sector salud y también a visibilizar la desigualdad en los espacios domésticos.

## Referencias bibliográficas

Alonso, Valeria; Hoffmann, Maria Mercedes, Romero, Paula Mercedes; Fuertes, Sonia; Posada Campoy, Paula; Sánchez, Laura Paola y Varela, Susana

---

13 El malestar sobrante es un concepto que Bleichmar retoma de la represión sobrante de Herbert Marcuse y define como aquella “cuota extra, innecesaria y efecto de los modos injustos de dominación” (2009:29).

14 Alojar lo inesperado es una expresión de Ana María Fernández (2008).

**Mariel** (2021). “Episodios de una pandemia incommensurable: las mujeres en la gestión de la salud en Mar del Plata.” *Revista Movimiento* N° 35, pp. 98-101. <https://www.revistamovimiento.com/?p=5337>

**Eliana Aspiazú; Lucila Baldi; María Estela Lanari** (2011). “Prestadores, prestatarios y pacientes: un análisis de las voces y silencios de los reclamos de los profesionales de la salud”, en *Asociación de Especialistas de Estudios del Trabajo: 10mo. Congreso Nacional de Estudios del Trabajo*. Buenos Aires, ASET, pp.1-28. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/aspiazu-et-al-prestadores-prestatarios-pacientes-2011.pdf>.

**Aspiazú, Eliana** (2017). “Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud”, *Revista Trabajo y sociedad*, N° 28, pp. 11-35. <http://www.scielo.org.ar/pdf/tys/n28/n28a02.pdf>.

**Batthyány, Karina** (2020) “Miradas latinoamericanas al cuidado”, en Batthyány, Karina (coord.) *Miradas latinoamericanas a los cuidados*. Buenos Aires: CLACSO; México DF: Siglo XXI, pp. 11-52. [Miradas-latinoamericana.pdf \(clacso.edu.ar\)](https://www.clacso.edu.ar)

**Batthyány, Karina; Solari Scavino, Sol** (2018). “Valorización económica de los cuidados no remunerados en salud: un aporte al reconocimiento del trabajo invisible de los hogares y las mujeres”, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 17, N°34, pp.1-18. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-34.vocr>.

**Bitencourt, Silvana Maria; Andrade, Cristiane Batista** (2021). “Trabalhadoras da saúde face à pandemia: por uma análise sociológica do trabalho de cuidado”, *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 26, pp. 1013-1022. DOI: 10.1590/1413-81232021263.42082020.

**Bleichmar, Silvia** (2009). *La subjetividad en riesgo*. Buenos Aires, Topía Editorial.

“Coronavirus en foco: CBE: una red de contención ante la crisis social. La pandemia en Mar del Plata.” (31 de octubre de 2020), *Qué Digital*. <https://quedigital.com.ar/coronavirus-en-foco-la-busqueda-de-un-enemigo-invisible/>, acceso 16 de septiembre.

**Couto, Márcia Thereza; De Oliveira, Elda; Alves Separavich, Marco Antônio; Do Carmo Luiz, Olinda** (2019). “La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas”. *Salud Colectiva*, N° 15, pp. 1-14. <https://doi.org/10.18294/sc.2019.1994>.

**East, Sol; Laurence, Tim; López Mourelo, Elva** (2020). *COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina*. Buenos Aires: Organización

*Internacional del Trabajo*, documento electrónico: UNFPA Argentina | COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina, acceso 13 de septiembre.

**Fernández, Ana María** (1993). *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires, Paidós.

**Fernández, Ana María** (2008). *Las lógicas colectivas. Imaginarios cuerpos y multiplicidades*. Buenos Aires, Biblos.

**Fournier, Marisa** (2020). “Cuando lo que importa es la vida en común: intersecciones entre economía social, cuidados comunitarios y feminismo”, en Sanchís, Norma (comp.): *El cuidado comunitario en tiempos de pandemia... y más allá*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Asociación Lola Mora, Red de Género y Comercio, pp. 22–44. <http://asociacionlolamora.org.ar/wp-content/uploads/2020/07/El-cuidado-comunitario-Publicacio%CC%81n-virtual.pdf>.

**Franco, Túlio B.; Merhy, Emerson E.** (2016). *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud*. Buenos Aires, Lugar Editorial.

**Geertz, Clifford** (2003). *La interpretación de las culturas*. Barcelona, Gedisa.

**Guber, Rosana** (2011). *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Buenos Aires, Siglo Veintiuno Editores.

**Hirsch, Silvia; Alonso, Valeria** (2020). “La emergencia de la diabetes en una comunidad tapiete de Salta: género, etnicidad y relaciones con el sistema de salud”, *Salud Colectiva*, N° 16, pp. e2760. doi: 10.18294/sc.2020.2760.

**Instituto Nacional de Estadísticas y Censos** (2022). *Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos*, documento electrónico: Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. Segundo semestre de 2021 ([indec.gob.ar](http://indec.gob.ar)), acceso 16 de septiembre 2022.

**Lamas, Marta** (2002). *Cuerpo, diferencia sexual y género*. México DF, Taurus.

**Lamas, Marta** (2021). *Dolor y Política. Sentir, pensar y hablar desde el feminismo*. México DF, Océano.

“Los desconectados del sistema educativo en tiempos de virtualidad”. *La Capital*. (13 de septiembre 2020), <https://www.lacapitalmdp.com/los-desconectados-del-sistema-educativo-en-tiempos-de-virtualidad/>, acceso 17 de septiembre 2022.

**Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad** (2020). *Medidas en materia de género y diversidad en el marco de la emergencia sanitaria*, documento electrónico: <https://www.argentina.gob.ar/generos/medidas-en-materia-de-genero-y-diversidad-en-el-marco-de-la-emergencia-sanitaria>, acceso 13 de septiembre.

**Municipalidad de General Pueyrredon (2022).** *Estimación de población para 2022*, documento electrónico: <https://www.mardelplata.gob.ar/Contenido/informaci%C3%B3n-estrat%C3%A9gica-datos-censales>, acceso 12 de septiembre.

**Pautassi, Laura C. (2007).** *El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos*. Santiago de Chile, CEPAL, Naciones Unidas. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/5809>. Acceso 16 de septiembre 2022.

**Ramacciotti, Karina Inés (2020).** “Cuidar en tiempos de pandemia”. *Descentrada. Revista Interdisciplinaria de feminismos y género*, Vol. 4, N° 2, pp. e126. [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art\\_revistas/pr.11942/pr.11942.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.11942/pr.11942.pdf).

**Ramacciotti, Karina (2022).** “Trabajar en enfermería durante la pandemia de la covid-19”. *Cuadernos de H ideas*, Vol. 16, N° 16, pp. 1-15. DOI: <https://doi.org/10.24215/23139048e060>.

**Ramacciotti, Karina Ines; Testa, Daniela (2021).** “¿Trabajadoras o heroínas?: cuidados sanitarios en tiempos de crisis”. *Rev Cienc Salud*. Vol. 19 (Especial), pp. 1-19. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10598>.

**Sirimarco, Mariana (2019).** “Lo narrativo antropológico. Apuntes sobre el rol de lo empírico en la construcción textual”. *Runa*, Vol. 40, N°. 1, pp. 37-52. <https://doi.org/10.34096/runa.v40i1.5545>

**Tajer, Débora (2012)** “Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud”, en: *Diversidad y Clínica Psicoanalítica. Apuntes para un debate*. Buenos Aires, Lugar Editorial, pp. 27-38.

**Tajer, Débora (2021).** “Cuidados generizados en salud”. *Revista Symploké Estudios de Género*. Año 2, N° 2, pp. 5-16 <http://www.revistasymploke.com/revistas/SymplokeEGN2.pdf>.

**Tajer, Débora (2020).** *Psicoanálisis para todos. Por una clínica pospatriarcal, posheteronormativa y poscolonial*. Buenos Aires, Editorial Topía.

“Una campaña con testimonios de mujeres que sostienen comedores populares”. *Que Digital*, (6 de Junio 2020). <https://quedigital.com.ar/sociedad/una-campa%C3%B1a-con-testimonios-de-mujeres-que-sostienen-comedores-populares/>, acceso 16 de septiembre 2022.

“Vuelta de clases con la ilusión de sostener la presencialidad”. *La Capital*, 2 de agosto de 2021. “Vuelta de clases con la ilusión de sostener la presencialidad”. *La Capital* de Mar del Plata ([lacapitalmdp.com](http://lacapitalmdp.com)), acceso 16 de septiembre 2022.

