

**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**

***SELF- CARE AND GENDER RELATIONS:  
networking in a group of people living with diabetes (PLD) in a  
primary health care center (PHCC) in Jose Leon Suarez, Argentina***

---

Ana Beatriz Dominguez Mon<sup>1</sup>

**Resumen**

Se analiza el papel de los *cuidados de sí* y de las *relaciones de género* en un grupo de personas que viven con diabetes en un centro de atención primaria de la salud (CAP) en José León Suárez, partido de San Martín. Prácticas individuales y grupales llevadas adelante por este grupo de adultos mayores, permiten reconocer *lógicas de cuidado* en sus integrantes. Se posicionan como agentes competentes en el *auto-cuidado*, así como en la gestión de recursos materiales, humanos y simbólicos. Pese a que las mujeres son consideradas las responsables de los cuidados cotidianos de la salud, al incorporar la ternura y el vigor en el ejercicio cotidiano de los cuidados de su salud. El *cuidado de sí* es el resultado de la gestión colectiva de los cuidados de la salud, Comprende el *cuidado de otros*, siendo las personas el fin y no el medio para el cuidado de la salud.

**Palabras clave:** Cuidados de sí. Relaciones de género. Redes de cuidados. Diabetes.

**Abstract**

We analyzed the role of self-caring and gender relations in a group of people living with diabetes in a primary health care center located at José León Suárez, San Martín district, in the province of Buenos Aires, Argentina. Individual and group practices allow us to recognize the *logic of care* of people living with diabetes in that primary health care center. The activities generated by the group of older people, place them as competent agents not only regarding self-care but also in claiming for material, human and symbolic resources. While health care generally involves women's responsibilities, exercising political practice of health care reveals changes in gender relations among group members, including the

---

<sup>1</sup> Doctora en Ciencias Antropológicas, Prof Titular Asociada del Departamento de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, UBA. Investigadora del Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. E-mail: anadominguezmon@gmail.com

incorporation of tenderness and vigor in daily health care. *Self care* is the result of a collective management of care that contains the *care of others*, having people as the end and not just the means for health care.

**Keywords:** Self care. Gender relations. Health care networks. Diabetes.

## Introducción

La diabetes es una enfermedad de larga duración llamada Diabetes *Mellitus* (DM)<sup>2</sup>, comúnmente asociada con la obesidad (particularmente en la Diabetes tipo 2) y con estilos de vida sedentarios que llevan a un escaso gasto de energía y por ende a menor consumo de glucemia. Usualmente las personas con antecedentes familiares tienen mayor probabilidad de tener información genética y eventualmente padecer diabetes. Sin embargo no hay datos certeros de que todas las personas genéticamente predispuestas a la diabetes enfermen de esta afección. Existe una diferenciación entre las que enfermaron jóvenes, con síntomas precisos de la diabetes tipo 1 y los que llegados a la edad adulta mayor (transcurridos los 50 años) que desarrollan la diabetes tipo 2. Las complicaciones de la diabetes son las retinopatías y la ceguera como su consecuencia, la insuficiencia renal o la enfermedad renal crónica y por ende la necesidad de diálisis y las neuropatías, muchas veces producto de afecciones en el cuidado del pie diabético, que producen infecciones con el riesgo asociado a la amputación del miembro afectado. Estas complicaciones son casi siempre las consecuencias temidas por toda persona que viva con diabetes. Actualmente en la Argentina hay 2,5 millones de personas que viven con DB (8,5% de la población). En el partido de San Martín para 2013 hubo 1697 personas bajo programa que no tenían cobertura de obra social o prepaga, en una población aproximada de 414.196 personas según el censo de 2010. Este artículo trata de los cuidados de la salud que personas que viven con diabetes llevan adelante a través de prácticas individuales, grupales y colectivas. Si bien reconocen y realizan (en forma dispar según sean los miembros) los cuidados individuales y privados (*auto-cuidados*) que responden a los principios los cuatro pilares del tratamiento para las y los diabéticos, los fueron a partir de la experiencia grupal de cómo concebir la enfermedad dentro de una *lógica de cuidados* (MOL, 2008). La tesis que sostengo en este trabajo es que las personas que viven con enfermedades de larga duración, que conforman grupos de cuidado individual y grupal, en el caso una enfermedad como la diabetes, redefinen la propia afección al desplegar prácticas orientadas a la disputa política del cuidado

---

2 Considerada como un conjunto heterogéneo de patologías metabólicas cuya particularidad es la presencia de hiperglucemia en sangre resultado de un problema en la secreción de insulina por parte del páncreas. Por eso los médicos también se refieren a ella como síndrome

de la propia enfermedad como de la de otros semejantes constituyendo lo que se reconoce en la bibliografía como *cuidados de sí*. Este trabajo busca discutir la visión liberal de los cuidados basada en el principio del *auto-cuidado* como forma racional de protección de la salud y proponer una mirada colectiva de los cuidados (*ética de los cuidados*) en una afección de por vida, cuyos límites (económicos, sociales y políticos) suelen excluirse de los análisis o reducirse a fallas o errores de las personas (los enfermos). Las personas que tradicionalmente cuidan a las y los que viven con una enfermedad de larga duración son generalmente mujeres, constituyéndose en las casi exclusivas responsables de los cuidados cotidianos<sup>3</sup>. Sostengo que en el caso del grupo estudiado, dadas las características del mismo, la historia institucional de su conformación y las acciones realizadas a lo largo de la última década en la esfera pública, la mayoría de sus integrantes percibe el propio cuidado como resultado de una práctica grupal y colectiva (con otros enfermos, con profesionales de la salud, autoridades locales, municipales, provinciales) Afirmo que esta gestión cotidiana de los cuidados ubica a estos adultos mayores frente a la posibilidad de pensarse ellos mismos como agentes con capacidad de protección, de ternura y vigor (BOFF, 2002, 2004) para demandar y disputar derechos (TRONTO, 1994; BENHABIB, 1992) para sí como para otros en la esfera pública. Cuando los cuidados son visibles y reconocibles por sus propios protagonistas en relación a otros (en convivencia y diálogos con otros), el *auto cuidado* de los miembros se transforma en el resultado de la agencia colectiva que redefine la experiencia de vivir con una afección de por vida.

### **Abordaje etnográfico de las prácticas de cuidado en un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS)**

Este trabajo es un análisis etnográfico<sup>4</sup> de la conformación de un grupo de adultos mayores<sup>5</sup> que vive con diabetes: “Los caramelos saludables”. Desde 2013 hemos registrado las actividades de personas que viven con diabetes (PVCD) en

---

3 La responsabilidad femenina de los cuidados cotidianos familiares ha sido bastante estudiada por la literatura feminista y los estudios de mujeres, los costes del trabajo femenino aplicado al cuidado de los miembros de los grupos domésticos también ha sido demostrado en trabajos de sociólogas y economistas feministas (ver ENRIQUEZ, 2012; ESQUIVEL, 2012; WAINERMAN, 2012 y; FAUR, 2013 entre otras)

4 Este trabajo ha sido realizado con los fondos del UBACyT (20020100100988) *Redes virtuales y sociales en salud: cuidados y agencia social en enfermos crónicos*, del Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires (UBA). Agradezco la participación de Paula Estrella, Leila Passerino y Guadalupe Guzmán en los registros observacionales y las entrevistas.

5 31 adultos mayores y dos varones: de 23 y 38

un centro de atención primaria de la salud (CAPS<sup>6</sup>) ubicado en la zona norte del conurbano bonaerense en el partido de San Martín, provincia de Buenos Aires. El CAPS está ubicado en un barrio popular de José León Suárez al que denominaremos bajo el nombre ficticio del *Barrio del Encuentro*. Allí se observan casas bajas, algunas precarias de clase media baja y baja. Las viviendas no tienen cloacas, la red de agua no está legalmente instalada y otro tanto ocurre con la red eléctrica. Es una zona de gran conflictividad social debido a la fabricación y venta de drogas ilícitas. Hasta mediados de los 90s al centro de salud se lo conocía como “Alcatra<sup>7</sup>. En 1995 cambió la dirección asistencial y se promovieron transformaciones en la gestión. Se impulsaron cambios en el estilo de trabajo que impactaron en el prestigio del centro dentro del barrio y en dependencias jerárquicas del municipio. Hoy es un destino buscado para la formación de médicos, psicólogos, trabajadores sociales en el primer nivel de atención y muchos de los que fueron los profesionales de la primera etapa de cambios (fines de siglo XX y comienzos de siglo XXI) integran en la actualidad la planta de la Secretaría de Salud en el partido de San Martín.

Desde 1995 en el CAPS - Encuentro se organizó una propuesta de trabajo basada en la participación de la gente (usuarios del centro y vecinos) en las actividades institucionales. Así recuerda Santiago (38 años) su primera consulta en el CAPS:

*Yo vivo acá en Ballester, a treinta cuadras del centro de salud, y es una zona que económicamente es clase media, medio-alta, comparada con José León Suarez se nota la diferencia de clases. Entonces voy a atenderme por la diabetes y me dicen: sí, nosotros acá atendemos diabetes pero no entregamos insulina. Si querés insulina - me dicen- andate al centro de salud del barrio Encuentro que queda en Suarez. Ellos tienen un programa de diabetes y entregan insulina. Entonces me agarro la guía, lo busco y la verdad no me quedaba lejos. Me vengo un día a la mañana temprano, llegué a las seis y pico de la mañana, era invierno 2001, para hacer la cola como todo cristiano para sacar turno. A las 7 de la mañana nos abre la puerta una vecina, prende las estufas, nos sentamos, saluda a todos. A las 7 y media de la mañana cae una [empleada] administrativa. Entra a la administración, prende las computadoras, levanta la ventanilla y empieza a dar los*

<sup>6</sup> En 2014 hemos realizado un video del grupo *Aprendiendo a cuidar(se)* en el que registramos actividades cotidianas de tres integrantes y reuniones grupales.

<sup>7</sup> La denominación alude a la célebre cárcel norteamericana porque es muy común que los profesionales designados en el primer nivel de atención vayan en contra de su voluntad o castigados por mal desempeño. Por otro lado, entre los profesionales con clara vocación social (formados en medicina social y en salud colectiva) estos centros son lugares particularmente buscados para la formación de posgrado, como por ejemplo las residencias en medicina general y medicina familiar.

*turnos. Llego y me toma los datos y me dice que a las nueve y veinte de la mañana tengo turno. Entonces me atiende el Dr. Teubal. Me dice que hay un programa de diabetes que provee la medicación para las personas que no tienen obra social. “Yo te voy a hacer el ingreso al programa – me dice –, no obstante eso vos hoy te llevas insulina y hablaré con las enfermeras así te ponen la vacuna antigripal. Después estos son los análisis que te tenés que hacer, pediles a las chicas que te den el turno y que te den un turno programado para venir dentro de un mes a verme con los resultados”. Hice todo lo indicado y me fui con los turnos dados. Eran las 11 y media de la mañana y ya había solucionado el problema. Salí a la calle, caminé dos cuadras y paré, sentía que tenía una locomotora adentro porque pensaba: ¿de dónde vengo? ¿Qué es esto que me pasó? Con el concepto que yo tenía de la salud pública y lo que me había resultado todo ahí en el centro de salud. Había sido realmente una experiencia tremenda, y obviamente estaba feliz de la vida porque de repente había solucionado el problema, pero digo: ¿cómo puede ser que en una salita de primeros auxilios me hayan dado una repuesta de tanta calidad? (Santiago, 38, diabético desde los 21, actual coordinador del grupo *Los caramelos saludables*).*

En el CAPS - Encuentro atraen la demanda de los diabéticos gracias al buen trato institucional y a la sincronización de las prácticas solicitadas por el médico receptor: tanto de inmunizaciones (en el mismo día de la consulta en el Centro) y en el laboratorio en el Hospital cabecera. Desde su ingreso, los pacientes se incorporan a un proceso de atención en el cual la consulta (entrevista e ingreso al programa provincial)<sup>8</sup>, la vacunación gratuita, las indicaciones para los análisis clínicos de rutina y el nuevo turno para la diabetóloga del Centro, forman parte de un flujo de atención con casi nulas discontinuidades<sup>9</sup>. De todos modos lejos está el control de la enfermedad, ya que la diabetes es una afección silente: los síntomas son poco perceptibles y dado que no produce dolores, darse cuenta que se es diabético genera conmociones en la biografía de las personas diagnosticadas (SASLAVSKI, 2007). Así lo refieren los integrantes del grupo “*Los caramelos saludables*” quienes tomaron conocimiento de su situación de salud por análisis de laboratorio, sea por una rutina pedida por un médico de cabecera o porque notaron que bajaban o habían subido mucho de peso, se despertaban de noche con sed, etc. En la bibliografía de

---

8 El Prodiaba es el Programa de Diabetes de la Provincia de Buenos Aires que se reglamentó en 1996. El centro ya aplicaba el contenido del programa desde 1995 según la Ley 11.620 que propone mejorar la calidad de vida de los pacientes diabéticos.

9 Los problemas muchas veces provienen de la falta de insumos.

los estudios cualitativos sobre las enfermedades crónicas de los años 90<sup>10</sup> los grupos de pacientes<sup>11</sup> comenzaron a ser elementos relevantes en las actividades asistenciales con eje puesto en la “educación”. La literatura disponible a menudo refiere los cuatro pilares del tratamiento diabetológico a saber: la *educación, la alimentación, la actividad física y al autocontrol*<sup>12</sup>. Esto compromete centralmente la participación de la persona afectada en el “control” de la enfermedad: “controlar” regularmente la glucemia en sangre a través de las tomas de glucemia por la mañana y por la tarde noche, según sea el tipo de diabetes; aplicarse la insulina según corresponda al registro de la glucemia y/o tomar la medicación indicada (hipoglucemiantes) y realizar una actividad física moderada (caminata intensa o actividad aeróbica). En la bibliografía especializada se identifica al “auto-control” como la “elección por el autocuidado” según los cuatro pilares del tratamiento mencionados.

No obstante que estas prácticas se realizan en la intimidad de la vida cotidiana, para las y los integrantes de *Los caramelos saludables* forman parte de un ritual grupal y colectivo, aunque se produzcan en la privacidad doméstica.

*Me levanto a la mañana y mientras preparo el desayuno me mido la glucemia y me pongo la insulina, y en base a cómo estoy rápidamente hago un cálculo de, por ejemplo, qué comí a la noche, si hice actividad física el día anterior... Hay cosas que te suben la glucemia y hay cosas que te bajan la glucemia. La insulina te baja la glucemia, después uno va viendo en qué cantidad. Uso la insulina NPH, que son dosis fijas, y además me hago correcciones con insulina de corrección que es ultrarrápida. Y esta última la manejo en base a la cantidad de glucemia que tengo, cuando me la mido o cuando como. En los tratamientos intensificados generalmente recomiendan usar dosis fijas y dosis alternativas correctivas en las comidas en base a lo que uno come. Obviamente que lo que ideal es ajustarse en la dieta y usar dosis ínfimas o no usar dosis de corrección, pero es imposible. [Tendría que consumir] una cantidad limitada fija de hidratos de carbono, todos los días, que equivalen a porciones ínfimas de cereales, arroz, papas, pan. O sea, tengo un límite que tengo que distribuir en el día para comerlo, y en base a lo que uno se excede de esos carbohidratos*

10 Para un análisis de los estudios cualitativos en Ciencias Sociales hasta la fecha se sugiere el trabajo de Mendes Diz (2012).

11 También llamados *grupos de pares*.

12 “El Autocontrol de la persona con diabetes consiste en que el propio paciente se haga una serie de análisis y reconocimientos sencillos. El objetivo del autocontrol de la diabetes es conseguir que tus niveles de azúcar en sangre estén lo más cerca posible del normal y mantenerlo así con la mayor frecuencia posible”. Disponible en: <<http://www.bayerdiabetes.com.ar/diabetes/autocontrol.php>>. Acceso en: jun. 2014.

*uno va usando correcciones de insulina. Hay veces que uso más y hay veces que uso menos, depende las etapas. Hay etapas en las que transgredo y etapas en las que estoy con las pilas más puestas. Creo que poder usarla esta bueno, lo que tiene es que es un riesgo, el hecho de que no sea usada como arma de doble filo en el sentido de que uno puede sistemáticamente transgredir porque total se corrige. Ese es el riesgo y un poco el miedo que tienen los médicos: que los pacientes se coman todo y después corrijan con insulina, que después te das cuenta porque el peso sube muchísimo. (Santiago, 38, diabético tipo 1, coordinador de Los caramelos saludables).*

Estas prácticas cotidianas son vividas más o menos en forma semejante por todos los integrantes del grupo que son “insulino dependientes”. No nos detendremos aquí en la particularidad de los tratamientos entre quienes viven con diabetes tipo 1 y quienes lo hacen con la tipo 2. Interesa reparar en el acto privado de la medición de glucemia en sangre desde la cotidianeidad de la vida doméstica, los registros de cómo será su día para la administración de la insulina y cómo esta práctica individual puede, aún en la soledad del hogar, transformarse en una responsabilidad colectiva cuando quien lo hace participa de un grupo.

### **Los cuidados de sí: en el grupo, entre grupos y en la arena política.**

El grupo se creó el 20 de agosto de 2001 en un momento histórico particular de la Argentina, marcado por la crisis institucional y bancaria con bloqueo de cuentas y altos niveles de desocupación. Actualmente lo conforman aproximadamente 30 personas, mujeres 22 y alrededor de 10 varones<sup>13</sup>. La mayor parte vive en el barrio del centro o en aldeaños en José León Suárez, 4 viven en Ballester, el resto en Necochea, Caren, Hidalgo, Chilavert y Carcova. San Martín es un partido que históricamente fue industrial y que desde fines de los 90s registró pérdida de puestos de trabajo, se cerraron las fábricas y mucha gente quedó desempleada. *Los caramelos...* son adultos mayores de 50, muchos ya están jubiladas/os<sup>14</sup>. Salvo quienes tienen Obra Social, la mayoría son beneficiarios del Programa de Atención Médica Integral (Pami) destinado a jubilados y pensionados que no posean Obra Social. Los varones jubilados han desempeñado diversos trabajos: empleados públicos, cuentapropistas, obreros, un profesional y estudiante (un

---

13 Las cantidades fluctúan por diferentes razones: situaciones de salud, conflictos interpersonales y porque, según se menciona en las reuniones “muchas personas se acercan al grupo solamente por la medicación”.

14 En la Argentina la edad juratoria es de 60 para las mujeres y 65 para los varones.

joven de 23 años) En tanto que las mujeres siguen siendo amas de casa y han sido empleadas domésticas, empleadas administrativas estatales, costureras en fábricas y cuentapropistas. En el grupo hay dos voluntarias que desarrollan actividades de promoción de la salud para personas impedidas y una promotora de salud en el primer nivel de atención (APS). Varios reciben o han recibido subsidios del estado a causa de alguna discapacidad (ceguera), por situaciones familiares o socioeconómicas. Se destaca la participación de las mujeres en actividades barriales y dentro del CAPS.

Nuestro interés por la situación de vida de las y los integrantes fue identificar si vivían solos o con algún familiar o amigo. En general lo hacen con sus parejas. Hemos registrado dos varones que viven solos (uno padece ceguera diabética). Hay más mujeres que varones viviendo solos (dos experimentan problemas ambulatorios no siempre vinculados a la diabetes). Varias mujeres y un varón están separados, no obstante y por situaciones vitales viven junto a sus parejas: por enfermedad del varón y por carencias económicas. De los diez varones, más de la mitad ingresó por su esposa, pareja o familiar femenino al grupo. Esto demuestra el papel preponderante de las mujeres en su vinculación con los servicios de salud: centro de atención primaria, hospitales, asociaciones barriales, religiosas, etc. Estas prácticas se extienden en la forma que se integran al grupo: gestionando, recabando información, coordinando actividades o llevándolas a cabo. Es común que al cabo de las reuniones grupales o en las actividades barriales (ferias), las mujeres exhiban y vendan prendas y artículos confeccionadas por ellas. La gran mayoría los jubilados que son activos participantes del grupo participan o han participado de actividades económicas, recreativas o de voluntariado. Las y los integrantes han ido encontrando espacios y desempeños dentro del grupo, muchas de ellas son extensión de las actividades que habían realizado durante su vida económicamente activa. Este es el caso de Santiago, psicólogo de profesión, quien ingresó al CAPS como paciente (2001) y que actualmente forma parte de la planta profesional del centro de salud.

Santiago es psicólogo (38 años) y vive desde 1997 con diabetes tipo 1<sup>15</sup>. En 2001 quedó desocupado mientras trabajaba en una institución privada. En esa ocasión quedó sin cobertura de salud. Sin embargo, en la Argentina la salud pública es de cobertura universal para todas las personas que no poseen obra social o un seguro privado de salud<sup>16</sup>. Por referencias, Santiago llegó al CAPS del

15 Es diabético juvenil, se le declaró la diabetes tipo 1 cuando tenía 21 años.

16 En la Argentina las personas trabajadoras acceden por ley a una obra social, los trabajadores autónomos o por empresa pueden contratar un seguro privado de salud y quienes no tienen estos beneficios pueden acceder a los programas gratuitos del estado argentino. Toda persona diagnosticada con DBT tiene acceso a estos programas y por Ley 23753 (1988) ampliada en 2013 y reglamentada en 2014 por



barrio Encuentro. El mismo día de la consulta el médico le dio ingreso al programa de diabetes de la provincia de Buenos Aires (Prodiaba). Al reparar que Santiago era psicólogo, él y el director del centro consideraron que podía beneficiarlo incorporarse al grupo de pacientes. Inicialmente el grupo estuvo coordinado por una nutricionista y una médica generalista que trabajaban los temas clásicos relativos al control cotidiano de la DBT (basado en los cuatro pilares del tratamiento).

*Arrancamos con qué es diabetes, cómo surge, cómo es el tratamiento, qué es una hiperglucemia, qué es una hipoglucemia, auto monitoreo, actividad física... los conceptos clásicos y típicos que se escuchan en todos lados, arrancamos por eso. Después vinieron algunas preguntas y quedamos para vernos la semana siguiente, a la que convocamos a otro grupo al que no habíamos citado para la primera. Porque en un momento habíamos pensado en llamar a los diabéticos tipo 1 primero, y a los diabéticos tipo 2 después. A la segunda ya vinieron mezclados, después ya citamos para la siguiente y empezó a venir un número estable de gente. Eran gente que se enganchaba, que le gustaba escuchar, que ya sabía algunas cosas, se fue armando como un boca a boca... además de los consultorios nos iban derivando algunos pacientes al grupo. Y así se fue constituyendo el grupo, digamos, lo que empezó por ser educación en diabetes se fue transformando en un grupo de pacientes. Me acuerdo que teníamos tanta pila al principio... me acuerdo que un día había paro general (fines del 2001, plena crisis) y la gente pidió que nos reunamos igual. Y vinimos al centro de salud (que igual estaba abierto) y nos reunimos. La gente vino igual, un día de paro y lluvia, éramos 12 o 14, una reunión de diabetes como cualquier otro día. Y esa me parece que fue la energía que se fue transmitiendo con el tiempo y que hizo que el grupo se mantenga. Después era el desafío de empezar a pensar el espacio como grupo. Yo en ese momento venía solo para el grupo de diabetes y con el correr del tiempo fui haciéndome cargo de la medicación del programa de diabetes, después revisando los archivos, las historias clínicas, las fichas (para llevar un control de la medicación que se entregaba) y así fue que fui sumando actividad. Después de un año y pico agregué una mañana que hacía consultorio nada más. Empecé a venir los días jueves y después creo que los lunes o martes a la mañana a hacer consultorio. Así estuve durante dos años (Santiago, 38, entrevista, 2011).*

Hablar sobre la enfermedad entre pares fue uno de los recursos que inicialmente sugirió el director del centro en ese momento y que tenía la impronta del trabajo de los grupos de auto-ayuda<sup>17</sup> o ayuda mutua. Si lo pensamos desde

---

la cual se garantiza la cobertura total (100%) en medicamentos y reactivos para el diagnóstico.

<sup>17</sup> Usualmente centradas en que están organizadas y orientadas por las personas que padecen o co-

la lógica de la elección racional del cuidado, estos grupos operan ofreciendo información para que las personas adopten cuidados sistemáticos de su salud y utilicen los recursos asistenciales disponibles. Sin embargo, y dado que la propuesta institucional ofrecía un intercambio entre las y los profesionales y las y los usuarios, las asambleas para la discusión de los temas centrales en el centro fueron actividades que marcaron la dinámica grupal.

*Entonces los pacientes empezaron a juntar firmas con una convicción enorme...<sup>18</sup>. El Dr. Teubal un día se llevó a la gente a la municipalidad a hablar con el secretario de salud. Y así presionaron y presionaron hasta que en el año 2004 invitaron al intendente al centro de salud para que lo conozca. Me acuerdo que lo invitamos un jueves y vino con el subsecretario de salud al centro de atención primaria, y acá en el Salón de Usos Múltiples había ochenta y pico de personas, y muchos venían al grupo (que juntaba 50 personas todos los jueves). Pero ese día rebalsaba el centro de salud. Bueno, le mostramos cómo funcionaba el centro, que le llamó positivamente la atención, y ese día se comprometió y me hicieron un contrato (Santiago, psicólogo, coordinador del grupo Los caramelos saludables y ex director del centro de salud, 2013).*

Este proceso conlleva un movimiento en el cual las personas al incorporarse al *grupo de pares* se reconocen ellos mismos como sujetos en la arena política de la disputa por los recursos. Cuando mencionamos los recursos, usualmente pensamos en los materiales: tirillas, glucómetros, medicación oral, insulina, etc. Sin embargo los reclamos se orientaron a al contrato de profesionales de la salud que deberían trabajar en los CAPS según la ley del diabético y Programa de diabetes de la provincia de Buenos Aires (Prodiaba): podólogos/as; psicólogas/os; profesores/as de educación física; kinesiólogas/os, nutricionistas, etc. A esto debemos sumar los recursos simbólicos: saber cómo gestionar y ante quién o quiénes; reconocer a las y los funcionarios locales, provinciales a quienes convocar. En una revisión conceptual de la categoría *cuidado de sí* acuñada por Michel Foucault (1996), autores latinoamericanos han encontrado la posibilidad de articular un concepto pensado desde la centralidad de los individuos como el *cuidado de sí*, al considerar los tres movimientos foucaultianos centrados en el individuo, entre pares y en relación

---

padecen algún tipo de problema. Menéndez (2003) las ha estudiado en el caso del alcoholismo desde los años 80, sobre todo en el sentido de la atención de la salud, en el caso de los grupos de autoayuda o ayuda mutua, sería la autoatención.

18 Demanda de miembros del grupo y de usuarios del Centro de Salud para lograr el nombramiento de Santiago como psicólogo del centro de salud a fin de que pudiera acceder al cargo de director del Centro.

con los contextos próximos, como condiciones para desplegar una acción con potencialidad metodológica para actual en salud colectiva tal y como lo propone Nora Muñoz Franco (2009). De modo de considerar a los cuidados de la salud “como un concepto histórico que involucra la concepción y el referente que se tiene sobre sí y, en esa medida, sobre los otros” (MUÑOZ FRANCO, 2012, p. 8). *El cuidado de sí* articula relaciones desde el propio cuerpo, con otros y con el medio ambiente (el contexto próximo)<sup>19</sup>. *Los caramelos* realizaron este movimiento a partir del diagnóstico y con el tratamiento tal y como lo llevan a cabo en su vida cotidiana y que fueron transformando en la relación con las y los otros integrantes Vuelven a reconocerse ellos como sujetos en relación con los contextos de participación grupal y en diálogo con sus interlocutores institucionales. Esta dinámica de cambio en sus propias vidas fue lenta y no siempre proviene directamente de cómo tratan su propia enfermedad.

### **“Somos enfermos saludables”: del auto cuidado al cuidado de sí (de otros)**

Actualmente las reuniones del grupo comienzan los jueves a las 8h30m con una caminata por las inmediaciones del centro. Finaliza alrededor de las 9h20m para luego dar comienzo a la reunión grupal a las 9h30m con la “medición de la glucemia”

*Una de las integrantes del grupo comenzó a medir la glucemia a todos los que estaban sentados alrededor de la mesa. En ese momento escuché comentarios “¿ya te tomaste la diabetes? ¿Cuánto te dio?” Nélica utilizó un pequeño dispositivo con el que pinchaba el dedo de cada integrante. Primero procedía a limpiarles la yema del dedo índice con alcohol, y les producía un pequeño “pinchazo” para tomar una muestra de sangre que luego se vertía en una “tiritita” (tiras reactivas descartables) que colocaba en el dispositivo arriba mencionado. Luego leía la cantidad de azúcar en sangre de cada que figuraba en el aparato y después desechara la aguja utilizada (ubicada en otro dispositivo con el que tomaba las muestras de sangre) Removía la utilizada para comenzar una nueva medición. Esta práctica transcurrió durante mientras charlábamos. Solo una señora de aproximadamente 70 años que estaba sentada a dos lugares de mí, en el momento del pinchazo dijo que “le daba un poco de impresión hacerlo, pero finalmente accedió”, Todos realizaron la medición de glucemia, tal vez porque es parte de la rutina que despliega este grupo en las reuniones de los días jueves (Registro observacional 6/05/2013).*

---

<sup>19</sup> Tempranamente el grupo comenzó a realizar actividades fuera del CAPS: congresos, jornadas, reuniones. Hace ya casi cinco años que transmiten su experiencia a personas con diabetes en otros centros para la formación de grupos.

El fragmento de esta nota de campo permite reconocer la institución de una práctica usualmente realizada por ellos en sus hogares y que los jueves se torna grupal. Tomar los valores de las glucemias de cada uno de las y los integrantes del grupo es una actividad que podríamos considerar como momento de *communitas*<sup>20</sup>. Evoca las innumerables veces que ellas y ellos se “pinchan” en sus casas. Esto en el caso de que efectivamente tengan tirillas y que dispongan del reflectómetro o glucómetro<sup>21</sup>. Es que en diabetes como en cualquier enfermedad de larga duración, la disponibilidad de recursos evidencia calidades diferenciales en el cuidado cotidiano de la salud. Acordamos con Annemarie Mol (2008) que usualmente el “cuidado” y la “cura” se superponen aunque parezca paradójico en el caso de la diabetes, siendo que es una enfermedad incurable. Disponer de una lapicera (*pen*) o una bomba de infusión continua de insulina, no sólo favorece un respuesta química más rápida en el organismo, produciendo algo semejante a la “cura” en términos de equilibrio físico; sino que expresa el valor simbólico del bienestar corporal, al disponer de un dispositivo discreto (la lapicera) u otro altamente efectivo (la bomba de infusión), cuya disponibilidad en el mercado o en el subsector público está supeditada a los altos costos de los mismos<sup>22</sup>. A mayor costo el recurso es más escaso. Su aplicación se traduce en prácticas menos invasivas, más decorosas y por ende, menos estigmatizantes. Esta noción de auto-cuidado no es el resultado de la *elección libre* de los pacientes sino que responde a su disponibilidad en el subsistema público y la decisión política del gasto en la seguridad social, así como en el sistema de prepago vinculado a los costos en el mercado.

Simultáneamente, las actividades en el grupo promueven formas de agencia en tanto obrar transformador de las prácticas cotidianas de cuidado. Además de la administración adecuada de la medicación según sea la diabetes con la que vivan y en el estadio de la enfermedad en que se encuentren, las y los integrantes de “Los caramelos saludables” lograron llevar a cabo actividades al interior del grupo: talleres de *cocina saludable*<sup>23</sup>, una huerta en el CAPS, charlas y visitas de

20 Evocando así el término que Victor Turner (1968) elaboró para dar cuenta de un “ámbito de vida en común” allí donde se produce un momento sagrado en que se suspenden las diferencias grupales. Ver: TURNER, 1988, cap. 3, Liminalidad y Communitas.

21 Aparato para la lectura de la determinación de la glucosa en sangre con tiras reactivas

22 En el partido de San Martín, los 20 CAPS cubren el 100% de aparatos medición rápida de glucemia y las tirillas para control se entregan regularmente. No siempre ocurre lo mismo con requerimientos especiales: bombas de insulina o mayor consumo de tirillas. Allí son necesarias las indicaciones y el control médico para su disponibilidad gratuita.

23 Todas estas denominaciones son las usuales en los cursos de educación que reciben los pacientes diabéticos.

profesionales de la salud, de investigadores sociales y pasantías de médicos residentes en medicina general. Destinaron reuniones para la lectura y discusión de la Ley del Diabético (1989) y actualmente lo están haciendo a partir de las modificaciones realizadas en 2013, aún no reglamentadas en el poder legislativo. De estas lecturas surgieron diferentes actividades. Uno de sus miembros, con una retinopatía en progreso, se convirtió en asesor calificado para quienes no reciben ni la información ni los recursos que les corresponden por ley de parte de las obras sociales: en la cobertura de los medicamentos así como el de las prácticas de detección de las afecciones asociadas a la diabetes; el cuidado del pie diabético, insuficiencia renal, retinopatías, etc. Por otro lado, convocaron a una abogada para que los asesorara acerca de sus derechos y demandaron al poder municipal local la incorporación del cargo de podólogo para el cuidado de sus pies<sup>24</sup>. Estas experiencias grupales son usualmente evocadas en las actividades que los integrantes comenzaron a realizar desde 2005, año en que por primera vez asistieron a un Congreso de Medicina General. Las acciones grupales tuvieron efectos positivos para el grupo, al ser reconocido en una arena habitualmente esquiva para las y los diabéticos: la política de la gestión de los recursos (humanos y materiales) en el municipios bonaerense y en la de la circulación de conocimiento en los congresos de la especialidad (Medicina General y Diabetes) Actualmente el coordinador del grupo es, además, coordinador de enfermedades crónicas en la Secretaría de Salud en el Municipio de San Martín. En realidad esta mirada contiene una fuerza centrípeta propia de los grupos de autoayuda, convirtiéndose en una fuerza centrífuga cuando se abren como interlocutores dentro de su propia comunidad, en el Municipio y en reuniones médicas. Estas transformaciones tienen el doble movimiento: son habilitadas institucionalmente (desde la dirección de Atención Primaria de la Salud municipal) y apropiadas en diversas instancias del CAPS en las que *Los caramelos* participan. Algo queda claro en los relatos de todas y todos los integrantes del grupo: la experiencia grupal transformó sus vidas y su concepción de la enfermedad, al reconocerse vulnerables (algunos ya experimentan las complicaciones de la diabetes, pocos de ellos ya están siendo dializados). Dicen de sí mismos: “*Somos enfermos saludables*”. No es un oxímoron sino que refiere a la posibilidad de pensarse con una enfermedad de por vida que no los priva del bienestar. Esto implica reconocer que, pese a vivir con una enfermedad indolora, el padecimiento ha sido un momento en sus vidas y no debido a la afección, sino por situaciones familiares de exclusión, por la pérdida del trabajo, por dificultades para acceder a los recursos que legítimamente les

---

24 Las lesiones en los miembros inferiores puede poner en riesgo de amputación al miembro afectado.

corresponden por ley. Esta forma de proceder frente a la enfermedad nos remite a una *ética del cuidado* (no como patrimonio de la subalternidad de la esfera privada o como privatización de las limitaciones propias de la enfermedad) sino, como “un conjunto de sensibilidades que todas las personas morales maduras deberían desarrollar, junto a la sensibilidad ligada a la justicia.” (TRONTO, 1994, p. 17). El desarrollo de este tipo de sensibilidad lo da el haber experimentado la desigualdad y la exclusión en sus diversas acepciones (Santiago llega al CAPS Encuentro luego de perder el trabajo, sin obra social y sin posibilidad de encontrar recursos en el barrio en el que vive; Tito perdió su trabajo como empleado jerárquico municipal y quedó relegado a tareas de vigilancia en una plaza por haber sido diagnosticado con diabetes, Mercedes fue diagnosticada luego de un accidente vial, viviendo con un marido del que no se puede separar, del que recibió maltrato y al que tuvo que cuidar en una situación crítica de salud) Todos identifican claramente fenómenos asociados a momentos vitales críticos: la conmoción al ser diagnosticados con diabetes y algunos intentos de suicidio. “*El grupo me salvó en un momento crítico de mi vida*”, “*si tengo que ser sincera, cuento más con el grupo que con mi propia familia*”; “*para mis hijas no existo*”, son las frases que hemos registrado en nuestro cuaderno de notas.

### **Las relaciones de género en el trabajo de cuidados**

A partir de lo observado y registrado en el trabajo de campo podríamos afirmar que lograr la protección de los vulnerables (BONERMAN, 1997) así como el propio bienestar a partir de acciones protectoras (PINHEIRO, 2010) comporta el despliegue de prácticas cuya eficacia no siempre descansa en las habilidades individuales de los agentes. ¿Acaso las relaciones de género han modificado las estructuras jerárquicas en su vida cotidiana? Hombres y mujeres con edad media de 50, reproducen muchas veces la división sexual del trabajo doméstico en la organización de las actividades dentro del grupo: las mujeres cosen, cocinan, se incorporan como promotoras de salud<sup>25</sup>, recorren el barrio para relevar la cantidad de beneficiarios del Prodiaba, gestionan recursos a través de cartas y/o trámites personales en las dependencias municipales y provinciales, etc. Los varones llevan las estadísticas de detección de glucemia a través del registro de las y los integrantes del grupo; administran los ingresos de dinero provenientes de la rifas, de los festivales y de la venta de productos, que luego son destinados a cubrir los gastos de traslado para los eventos en los participan: jornadas y congresos médicos. Si bien

---

25 En San Martín las promotoras son mayoría en tanto que los varones no llegan a siete (7)

esta división sexual del trabajo grupal pareciera reproducir formas jerarquizadas de participación de los géneros en las actividades productivas y reproductivas, las y los integrantes del grupo reconocen que las prácticas grupales modificaron la forma de ver la enfermedad en sus vidas y por ende el valor del cuidado cotidiano entre ellos mismos. Admiten que los cuidados pensados desde la responsabilidad individual antes de la experiencia grupal, eran vividos con culpa y muchas veces no lograban incorporarlos porque los encontraban sin sentido: “*mi familia me pedía que me cuidara... yo ingresé al grupo con 80kg, no he logrado dejar de fumar pero logré cuidarme con entusiasmo*” (Malena, 53); “*yo estaba muy mal, mis niveles de glucemia eran altos, y ya tengo lesiones en la vista pero sigo con ganas por el grupo*” (Tito, 67) Si recorremos la literatura de género y de cuidados vinculados a la salud, encontramos que se menciona con mayor frecuencia a las cuidadoras (sea para varones, adultos o niños como para otras mujeres o niñas) que los cuidadores. Muchas veces estos cuidados se realizan a expensas del propio cuidado (ESTEBAN, 2003) (como es el caso de las madres que viven con vih-sida y que cuidan a sus hijos seropositivos o enfermos con vih-sida, DOMÍNGUEZ MON, 2011a<sup>26</sup>). En estos casos se cumpliría aquello que Carol Gilligan (1994[1982]) denominó la ética del cuidado como la responsabilidad aprendida femenina como garante de cuidado físico (salud, alimentación, asistencia cotidiana incluso la espiritual) frente a la responsabilidad masculina de la justicia, en la arena pública. La actividad grupal organizada a partir de la asamblea y discutida en conjunto ha logrado redefinir y correr al cuidado cotidiano como la responsabilidad exclusivamente femenina, al vincularlo a la gestión colectiva de los cuidados (individuales como grupales), incorporando y no eludiendo los conflictos en los cuidados cotidianos de su salud.

*En cuestiones de enfermedad en mi caso o el de cualquier integrante de nuestra familia Nélica (66) y yo corremos tanto para las consultas como para los cuidados. Si es Nélica la que requiere ayuda, es Nélica y yo quiénes corremos con todo. (...) No me equivoco, ella siempre corre primero y yo la acompaño.* (Jaime, 68 ex remisero Barrio Encuentro, José León Suárez).

---

26 Ver DOMÍNGUEZ MON, 2011b - En este texto recupero el lugar de la maternidad para las embarazadas infectadas con vih-sida en los 90s en Buenos Aires, un tratamiento similar desarrollé en la investigación de campo que dirigí y recuperada en el Informe Unicef Argentina de 2007: *Niños, niñas y adolescentes afectados y huérfanos por vih-sida en el Área Metropolitana de Buenos Aires*. Disponible en: <<http://www.unicef.org/argentina/spanish/Publicacion.pdf>>. Acceso en: 22 mar. 2007.

*Cuando pasa algo a mi marido, bah mi ex marido porque vivimos bajo el mismo techo pero estamos separados hace ya varios años, yo siempre recibo a los médicos y lo acompaño cuando lo tienen que internar. Cuando me pasa algo a mí, tengo que correr sola, corre mi hijo (las hijas no, solamente y no siempre, corren por el padre) o una amiga del barrio (Mercedes, 68, ex trabajadora doméstica, Barrio Encuentro).*

En las reuniones grupales todos los miembros reconocen hasta naturalizar el lugar de las mujeres en los cuidados cotidianos de los miembros del grupo doméstico, vivan o no con diabetes. En los centros de salud es común la referencia de mujeres cuidadoras (sean parejas, hijas, hermanas o madres). En los servicios de salud, se naturaliza el lugar de la mujer en el trabajo comunitario, se revictimiza a las mujeres separadas al tener que seguir viviendo con sus parejas porque están enfermos y se las responsabiliza de no cuidarlos en el caso de que estén solos. Proteger, cuidar amorosamente (como sugiere Leonardo Boff) pareciera ser una actitud opuesta a la ética de la justicia, a la esfera de las decisiones racionales, las que podrían, por ejemplo, provenir de las instituciones sanitarias. Habría pues dos lógicas falazmente complementarias (la arena pública y la privada) en el campo de la reproducción cotidiana de los conjuntos sociales. Por un lado las indicaciones médicas, pensadas desde la lógica de la elección racional ¿Acaso las indicaciones médicas sobre el *auto-cuidado* reparan en las soledades de estas vidas? En la bibliografía sobre factores de riesgo el vivir solo/a comporta un riesgo para la salud, cuánto más si vive con una enfermedad de larga duración. Sin embargo, la bibliografía poco refiere a las situaciones de soledad derivadas de condiciones de vida pauperizadas, de lazos sociales y familiares frágiles, de aislamiento autoproducido y socialmente producido que comporta una enfermedad de por vida en condiciones de vulnerabilidad social (PÉREZ et al., 2014).

### **Aproximaciones a una teoría de los cuidados aplicada a personas con diabetes.**

De las revisiones contemporáneas sobre la ética del cuidado y de la de la justicia de Carol Gilligan destaco la discusión que propuso Seyla Benhabib (1992, p. 63):

Alcanzamos un sentido coherente de la propia identidad cuando integramos con éxito autonomía y solidaridad, cuando mezclamos adecuadamente justicia y cuidado. La justicia y la autonomía solas no pueden sostener ni alimentar ese tejido narrativo en el que se desenvuelve el sentido de identidad de los seres humanos; pero tampoco la sola solidaridad y el solo cuidado pueden elevar al sujeto a ser no sólo el objeto cuanto la autora de un relato coherente de la propia vida.



Benhabib, desde una perspectiva política de la ética así como Leonardo Boff, desde una perspectiva fenomenológica, proponen reunir aquello que la propia teoría y el sentido común han optado por considerar en forma separada: la razón y el afecto, como dos esencias genéricas: la primera masculina, la segunda femenina. En los ejemplos aportados, los cuidados cotidianos de varones y mujeres hacia sus pares conjugan esa síntesis de ternura y vigor: *¿Cuánto te dio?* [el valor de glucemia] *¿Qué pasó Mercedes que te dio 170?*). Estas preguntas no culpabilizan, sino que abren al diálogo. Todos sabe que la suba de glucemia tiene que ver con la dieta en el contexto de vida: *(Vengo con una semana difícil, ya la voy a bajar...; estoy con problemas en casa; tengo las hijas y los nietos en casa...)* El principio de “respeto” por las decisiones de cada uno de los integrantes, vuelve común la afirmación de *“acá no me siento juzgado/a”*; *“el grupo es más que mi propia familia cuando tengo algo para contar.”* Varones y mujeres reconocen que el cuidado individual y grupal, ambas van a la par de la solidaridad y el respeto por los valores compartidos. En el CAPS tiene un reglamento basado en valores que sustenta el trabajo institucional desde 1995 y que fue instaurado por el primer director del servicio, que luego se transformó en una práctica institucional instituida, reelaborada <sup>27</sup> y se fue redefiniendo a partir de un trabajo en red realizado por varones y mujeres. *Los caramelos saludables* reelaboraron el sentido del auto-cuidado de la enfermedad en sus propias vidas, en términos de un “cuidado de sí”<sup>28</sup>.

*Tomándolo con la seriedad que corresponde, a la larga uno se da cuenta el beneficio que le da el grupo como el nuestro a cada uno de los integrantes. Uno llega a programar cosas en contacto con el grupo. En un viaje como este, uno siempre piensa en el grupo. Por eso*

<sup>27</sup> El reglamento interno del CAPS data de 1995, en el que el artículo tercero está dedicado a desglosar los valores por los cuales se regirá el equipo de trabajo basado en el respeto entre los pares (3.1); hacia el paciente y la comunidad (3.2); (3.3) entre los miembros del equipo sin diferencias jerárquicas (3.4 y 3.5), siendo que este convenio deberá expresar públicamente su acuerdo a estos valores y firmar un ejemplar del convenio en el momento de su ingreso institucional (Reglamento Interno del Centro de Salud, figurando al pie del texto la fecha del 31/07/2006).

<sup>28</sup> Muñoz Franco (2012, p. 396) articula esta categoría foucaultiana con la posibilidad de pensar la salud colectiva: “el cuidado de sí remite a develar la importancia de involucrar a los colectivos como sujetos activos en la toma de decisiones que atañen a su salud, a la pregunta por la actitud de éstos frente a la vida, frente a lo que les rodea, a todos aquellos asuntos que de alguna manera tienen conexión con su existencia en un tiempo pasado, presente y futuro, en un espacio que no solo es físico sino también social, porque este tiene un valor simbólico en la medida en que es el resultado de las interacciones de los seres humanos, con rasgos históricos particulares.”

*es tan importante formar los grupos y la base está en el tratamiento de una enfermedad como esta. Y se puede ayudar al profesional a prevenir una enfermedad que no tenga consecuencias graves [...] (Tito, 67 años, diabético tipo 2 en una exposición al que fue invitado el grupo en las Jornadas de Residentes de Medicina General en Esperanza, Santa Fe, septiembre, 2013).*

Estos cuidados se corresponden con el trabajo en red: entre ellos y con las y los profesionales de la salud. Después de trece años, con algunas muertes y discapacidades, lograron el sentido del cuidado a través del placer de la solidaridad grupal. Los festivales que realizan para recaudar fondos para viajar a los congresos médicos, con números musicales y mucha comida, no se caracterizan por respetar las dietas adecuadas para las y los diabéticos. Estas reuniones tienen la particularidad de ser celebraciones en las que trabajan con mucha dedicación y que disfrutan en forma particular: incluida la comida (pollos, papas fritas, ensaladas con mayonesa, tortas, vino, cerveza, bebidas gaseosas sin alcohol, algunas dietéticas) En estos encuentros prima la alegría de saberse capaces de “hacer cosas con los demás”, de disfrutar el momento como un fenómeno extraordinario. En ellos participan los vecinos del barrio y los miembros del equipo de salud que saben de los esfuerzos que realizan cotidianamente sus pacientes no solo para controlar su peso (un grupo de diabéticos tipo 2 con visible sobrepeso), las dificultades para manejar los niveles de glucemia en sangre, o los parámetros de la hemoglobina glicosilada<sup>29</sup>) sino además las estrategias y negociaciones para lograr las tirillas reactivas (en los momentos de crisis llegaron a cortarlas longitudinalmente para poder medir dos glucemias por cada una), para demandar recursos humanos ante las autoridades municipales, para hacer llegar cartas a diputados y senadores de la nación. Son conscientes de las dificultades que deben sortear a diario para vivir con una enfermedad de por vida, que los ha privado de algunos pocos placeres: las comidas “ricas” y “dulces”: *“dicen que enfermamos porque somos dulces...”* (Jaime, 68, ex remisero). Muñoz Franco (2012) refiere al cuidado de sí en oposición al auto-cuidado, por su carácter comprensivo y abarcador que recupera la perspectiva femenina de la protección, en tanto que el auto-cuidado, expresa la mirada individualista, liberal, basada en la fortaleza racional. La segunda,

---

29 La Hemoglobina es una proteína que se produce en los glóbulos rojos. Su función principal es el transporte de las moléculas de oxígeno de los pulmones a los tejidos. Esta proteína puede reaccionar con la glucosa que ingresa a los glóbulos rojos y, después de una serie de modificaciones químicas, puede formar lo que conocemos como Hemoglobina glicosilada o Hemoglobina A1c (HbA1c), característica de la diabetes. Encontramos mayor cantidad de HbA1c cuanto mayor sea la hiperglucemia. El porcentaje de HbA1c no debería ser mayor a 7%.

más centrada en la mirada biomédica, la primera, en la interrelación de la persona, las y los otros diferentes y su contexto. Si pudiéramos considerar la articulación como un movimiento no opuesto ni complementario como la misma Carol Gilligan (1994) consideraba a la ética del cuidado con respecto a la ética de la justicia, sino como síntesis del sentido del cuidado en el que se conjugan la ternura y la razón, encontraríamos espacio para pensar el cuidado como responsabilidad comunitaria y colectiva. En el caso que hemos analizado ubica al cuidado de sí dentro de una lógica colectiva (“para que a otros no les suceda lo mismo” (CHARDON, 2008), un movimiento que contenga la ternura y la racionalidad (BOFF, 2004) supera la dicotomía de la responsabilidad individual (el *auto-cuidado*) articulándolo necesariamente con la grupal y colectiva (*cuidado de sí/de otros*) y no la adscribe a género alguno, priorizando las propuestas de solidaridad antes que la “elección individual”<sup>30</sup>. Hemos criticado la visión liberal de la responsabilidad de las y los agentes, siendo que éstos están condicionados por los lugares que ocupan en la estructura social (comer sano, variado, realizar actividad física regular no es una práctica usualmente accesible para los sectores con bajos ingresos<sup>31</sup>). En términos de estrategias de cuidados de la salud en el caso que nos ocupa, no sería el género sino la clase los límites del acceso a las propuestas médicas, por momentos ligada más a una lógica de mercado que al uso equitativo de los recursos (quien disponga de un reflectómetro, pueda comprar las tirillas o la bomba de insulina ¿podemos decir que opta libremente por su salud<sup>32</sup>?) En situaciones de subalternidad, de desigualdad, la exigencia y la responsabilidad del cuidado recae en las personas con menor poder de decisión (BENHABIB, 1992). Usualmente el ejercicio del cuidado en situaciones de desigualdad (de clase o género) produce desgaste e incluso pone en peligro a quien realiza las acciones de cuidado<sup>33</sup> (referido en la bibliografía en términos de “burnout”

---

30 Para el análisis de los presupuestos en la producción de conocimiento científico y metodológico ver el trabajo de María Luisa Femenías y María Cristina Spadaro (2013).

31 En encuestas realizadas a padres con niños en edad escolar (6 a 12 años) en dos escuelas con población socioeconómicamente diferentes en San Carlos de Bariloche, Río Negro, los problemas de salud vinculados a las enfermedades no transmisibles y las dificultades para producir auto-cuidados eran mayores entre las familias con menores recursos económicos. Ver: PÉREZ; PERNER, 2014.

32 No será objeto de análisis en esta ponencia el análisis sobre la autonomía de los agentes sociales para decidir sobre su salud.

33 Este artículo no desarrollará los cuidados profesionales como dimensión de análisis particular. Sin embargo reconocemos que en las propias prácticas cotidianas de cuidados profesionales las “competencias requeridas” (sobre todo de las y los diabetólogos) y las “competencias efectivas” (de las y los diabéticos) son universos en diálogo permanente (sobre todo cuando institucionalmente se habilita ese diálogo) Una

o sobre carga) usualmente asumido por las mujeres (IZQUIERDO, 2004). Si por el contrario se concibe esta práctica como responsabilidad de todas las personas comprendidas en el trabajo de cuidados (las y los diabéticos, los profesionales de la salud, las autoridades sanitarias), con un marco institucional que garantice su efectivo ejercicio, el cuidado en red no se reduce a relaciones interpersonales<sup>34</sup>, sino a una estructura de cuidados que es previa y los contiene, alentando la reproducción social del cuidado de la salud, así como su sustentabilidad (BOFF, 2002, 2004; TRONTO, 1994; IZQUIERDO, 2004).

### Referencias

BENHABIB, Seyla. Una revisión del debate sobre las mujeres y la teoría moral. **ISEGORIA**, Revista de filosofía moral y política, n. 16, p. 37-63, 1992. Disponible en: <<http://isegoria.revistas.csic.es/index.php/isegoria/article/viewFile/323/324>>. Acceso en: 22 mar. 2007.

BOFF, Leonardo. **El cuidado esencial**. Ética de lo humano. compasión por la tierra. Madrid: Taurus, 2002. Disponible en: <<https://inemere.files.wordpress.com/2013/01/el-cuidado-esencial-leonardo-boff.pdf>>. Acceso en: 22 mar. 2007.

\_\_\_\_\_. **Ética y Moral**. Bases para su fundamento. Cantabria, España: Salterrae, 2004.

BONERMAN, John. Cuidar y ser cuidado: el desplazamiento del matrimonio, el parentesco, el género y la sexualidad. **Revista Internacional de Ciencias Sociales**, 1997 [en línea], n. 154, 1997. Disponible en: <<http://www.unesco.org/issj/rics154/bornemanspa.html>>. Acceso en: 22 mar. 2007.

BUTLER, Judith. Precarious Life, Vulnerability, and the Ethics of Cohabitation. **Journal of Speculative Philosophy**, v. 26, n. 2, p. 134-151, 2012.

CHARDON, Cristina. Representaciones sociales del cuidado: entre las prácticas y la noción de alteridad. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 60, n. 2, p. 10-19, 2008. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/pdf/2290/229017549002.pdf>>. Acceso en: 22 mar. 2007.

CYRINO, Antonio Pithon. **Entre a Ciência e a experiência**. Uma cartografia do autocuidado no diabetes. São Paulo: Unesp, 2009.

DOMÍNGUEZ MON, Ana. Temporalidades de género en los cuidados a la salud en Buenos Aires. Los sectores medios ante las enfermedades crónicas. **Revista Política & Trabalho**, Revista de Ciências Sociais, n. 34, p. 163-192, abr. 2011a.

\_\_\_\_\_. Derechos a la salud de las embarazadas con vih-sida en la Argentina de los 90. In: FELITTI,

---

referencia indispensable es Cyrino (2009).

34 En este trabajo no abordaremos al cuidado como derecho, para su tratamiento con perspectiva de género se pueden consultar los trabajos Pautassi (2007), y Pautassi ;Zibecchi (2013). Judith Butler (2012) propone una ética de la convivencialidad (cohabitation) entre grupos desiguales, analizando el caso de los judíos y los palestinos en Israel.

- Karina (Comp.). **Madre no hay una sola**. Experiencias de maternidad en la Argentina actual. Buenos Aires: Ciccus, 2011b.
- ENRIQUEZ, Corina R. La investigación del uso del tiempo en economía : Aportes desde ña crítica de la economía feminista. In: DOMÍNGUEZ MON, Ana et al. **Usos del tiempo, temporalidades y géneros en contextos**. Buenos Aires: Antropofagia, 2012.
- ESQUIVEL, Valeria. Las encuestas de uso del tiempo y la mención del 'trabajo doméstico y de cuidados. In: DOMÍNGUEZ MON, Ana et al. **Usos del tiempo, temporalidades y géneros en contextos**. Buenos Aires: Antropofagia, 2012.
- FAUR, Eleonora. El cuidado infantil en el siglo XXI. Buenos Aires: Siglo XXI, 2013.
- FEMENÍAS, María Luisa; SPADARO, María Cristina. Subvirtiendo las estructuras de los saberes: Algunas reconsideraciones sobre sus presupuestos. **Labrys**, v. 23, jan.-jun. 2013. Disponible en: <<http://www.labrys.net.br/labrys23/filosofia/marialuisa.htm>>. Acceso en: 22 mar. 2007.
- FOUCAULT, Michel. **Hermenéutica del sujeto**. La Plata: Altamira, 1996.
- GILLIGAN, Carol. **La Moral y La Teoría, Psicología del desarrollo femenino**. México: Fondo de Cultura Económica, 1994.
- IZQUIERDO, María Jesús El cuidado de los individuos y de los grupos ¿quién cuida a quién? Organización social y género. **Debate Feminista**, año 15, v. 30, p. 129-156, oct. 2004. Disponible en: <[http://www.debatefeminista.com/descargas.phparchivoelcuid667.pdf&id\\_articulo=667](http://www.debatefeminista.com/descargas.phparchivoelcuid667.pdf&id_articulo=667)>. Acceso en: 22 mar. 2007.
- MENDES DIZ, Ana maría, Las enfermedades crónicas. Un nuevo paradigma de abordaje desde lo médico y lo social. In: DOMINGUEZ MON et al. **Agencia y cuidados en personas que viven con enfermedades crónicas no transmisibles**. Documento de trabajo n. 60, 2012. Disponible en: <<http://webiigg.sociales.uba.ar/iigg/textos/documentos/dt60.pdf>>. Acceso en: 22 mar. 2007.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003. Disponible em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000100014&lng=en&tlng=es.10.1590/S1413-81232003000100014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100014&lng=en&tlng=es.10.1590/S1413-81232003000100014)>. Acceso en: 22 mar. 2007.
- MOL, Annemarie. **The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice**. Oxon: Taylor & Francis, 2008.
- MUÑOZ FRANCO, Nora E. Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud. **Salud Colectiva**, v. 5, n. 3, p. 391-401, 2009.
- \_\_\_\_\_. Aprendizajes de género y cuidado de sí en la salud masculina: entre lo universal y lo específico. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, v. 2, n. 2, p. 6-26, 2012. Disponible en: <[www.http://revista.psicologia.edu.uy](http://www.revista.psicologia.edu.uy)>. Acceso en: 22 mar. 2007.
- PAUTASSI, Laura C. **El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos**. Cepal / Naciones Unidas / Santiago de Chile, 2007. Serie Mujer y Desarrollo, n. 87. Disponible en: <[http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5809/S0700816\\_es.pdf?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5809/S0700816_es.pdf?sequence=1)>. Acceso en: XXXX.
- PAUTASSI, Laura C.; ZIBECCHI, Carla. **Las fronteras del cuidado: agenda, derechos e infraestructura**.

Buenos Aires: Biblos-ELA, 2013.

PÉREZ, Soledad; PERNER, Mónica Serena. Cuidados y autocuidados: poniendo el foco en las desigualdades sociales, en: Grupo de trabajo 36 - Redes de cuidados en salud: cuidadorxs e instituciones en contextos complejos. In: CONGRESO ARGENTINO DE ANTROPOLOGÍA SOCIAL, XI. Rosario, 2014.

PINHEIRO, Rosemi; SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes (org.). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2010. Disponible en: <[http://www.lappis.org.br/site/images/stories/livros/textos\\_livros/livros\\_scuid\\_apres.pdf](http://www.lappis.org.br/site/images/stories/livros/textos_livros/livros_scuid_apres.pdf)>. Acceso en: 22 mar. 2007.

TRONTO, Joan. Más allá de la diferencia de género. Hacia una teoría del cuidado. **Signs**, Journal of Women in Culture and Society, v. 12, 1987 [Traducción del Programa de Democratización de las Relaciones Sociales. Escuela de Posgrado. Universidad Nacional de General San Martín Aprobada y autorizada su publicación por la autora]. Disponible en: <<http://www.unsam.edu.ar/escuelas/humanidades/centros/cedehu/materia/Texto/JoanTronto.pdf>>. Acceso en: 22 mar. 2007.

TURNER, 1988. **El proceso ritual**. Madrid: Taurus, 1988.

WAINERMAN, Catalina. Los usos del tiempo de trabajo y la división del trabajo según género. In: DOMÍNGUEZ MON, Ana et al. **Usos del tiempo, temporalidades y géneros en contextos**. Buenos Aires: Antropofagia, 2012.

Recebido em 10/02/2015

Aprovado em 20/05/2015