

Revista Trabajo Social N.º 37-38
Julio 2024-Junio 2025
ISSN: 1794-984X
Departamento de Trabajo Social
Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia
revistatrabajosocial@udea.edu.co



Sección 2

Artículo de investigación

Diana Carolina Ramírez Carvajal, Micaela Aguirre
**La organización social del cuidado en torno a la discapacidad
en escenarios rurales. Análisis de actores y prácticas
en San Pedro de los Milagros, Antioquia.**

Art. 4 (pp. 96-118)



La organización social del cuidado en torno a la discapacidad en escenarios rurales.

Análisis de actores y prácticas en San Pedro de los Milagros, Antioquia.

Diana Carolina Ramírez Carvajal, Micaela Aguirre¹

Resumen

El presente artículo surge de una investigación² que buscó comprender la configuración de la organización social del cuidado en las familias de las personas con discapacidad en condición de dependencia en San Pedro de los Milagros, Antioquia, 2023. Se define a la organización social del cuidado como aquella interrelación entre Estado, familia, comunidad y mercado en la provisión, producción y distribución de servicios de cuidado. En el marco de esta investigación, este documento presenta un análisis orientado al reconocimiento de actores y prácticas constituyentes de esta interrelación, donde el cuidado proviene principalmente de la familia como agente principal, la comunidad, la alcaldía y las empresas prestadoras de salud como agentes secundarios. Asimismo, se reconocen prácticas de aprovisionamiento y organización del cuidado que derivan en cierta jerarquización de necesidades y de sujetos de cuidado en el territorio. Emerge, a partir del trabajo analítico, la ruralidad como una dimensión determinante en la distribución del cuidado.³

Palabras Claves: organización social del cuidado, discapacidad, ruralidad

-
- 1 Trabajadora Social, Esp en Gerencia de Proyectos, Mg en Problemáticas Sociales infanto-juveniles. Docente de la Fundación Universitaria Católica del Norte.
 - 2 Trabajadora Social, Universidad Nacional de Córdoba. Magíster en Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba. Magíster en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Doctorante en Ciencias Sociales y Políticas, Universidad Nacional Autónoma de México.
 - 3 Esta investigación, titulada Organización social del cuidado de las personas con discapacidad en condición de dependencia en el Municipio de San Pedro de Los Milagros, fue realizada entre agosto de 2023 y junio 2024 y financiada por la Fundación Universitaria Católica del Norte.

Social Organization of Care Around Disability in Rural Territories: Analysis of Actors and Practices in San Pedro de los Milagros, Antioquia

Abstract

This article arises from an investigation that seeks to understand the configuration of the social organization of care in the families of persons with disabilities and conditions of dependency in San Pedro de los Milagros, Antioquia, 2023. The social organization of care is defined as the relationship between State, family, community and market in the provision, production and distribution of care services. In the framework of this investigation, this document presents an analysis oriented to the recognition of actors and practices that constitute this interrelation. In this sense, the efforts are concentrated in the dynamics of care starting from the family as principal agent, the community, the municipality and health companies as secondary agents. In this way, practices of organization of the offer and care are recognized that are redundant in a greater hierarchy of needs and subjects of care in the territory. The rurality emerges from the analytical work as a determining dimension in the distribution of care.

Keywords: social organization of care, disability, rurality

1. Introducción

El artículo a continuación se deriva de la investigación titulada Organización social del cuidado de las personas con discapacidad en condición de dependencia en el Municipio de San Pedro de Los Milagros, realizada entre agosto de 2023 y junio 2024 en la Fundación Universitaria Católica del Norte. Esta investigación buscó comprender la configuración de la organización social del cuidado en las familias de las personas con discapacidad en condición de dependencia, definiendo la organización social del cuidado como aquella interrelación entre Estado, familia, comunidad y mercado en la provisión, producción y distribución de servicios de cuidado.

A los fines de construir este ejercicio, se realizó una investigación cualitativa bajo un modelo etnográfico. Este documento presenta resultados analíticos concentrados en dos objetivos específicos de la investigación: por un lado, identificar actores aportantes en la distribución y resolución de necesidades de cuidado de las personas con discapacidad en condición de dependencia en el municipio, y, por el otro, analizar las prácticas que estos actores ponen en juego en la constitución de la organización social del cuidado en el territorio.

El documento se organiza en cuatro apartados principales. En primer lugar, se da cuenta de los elementos que dieron origen al ejercicio de investigación y que permitieron construir un problema-objeto. Luego, se desarrollan las precisiones teóricas y conceptuales que se utilizaron como marcos referenciales para abordar la problemática y nutrir de sentido al ejercicio investigativo. En tercer lugar, sucintamente, se presentan las elecciones metodológicas para proceder, finalmente, a la socialización de resultados analíticos.

2. Planteamiento del problema

Las nociones conceptuales en torno a la discapacidad como fenómeno social y sanitario a nivel nacional e internacional han transitado por cambios de índole social, cultural y político durante el siglo en curso. Uno de los hitos más relevantes a nivel global es la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, proclamada en el año 2006. Este enfoque normativo deriva en Colombia en la Ley n° 1618 de 2013, “por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad”, en otras palabras, se reconoce a las personas con discapacidad como sujetos de derecho.

De acuerdo con el Departamento Nacional de Planeación (DANE), para agosto de 2020 el 2.6% de la población total del país se identificaba como población con discapacidad. Al mismo tiempo, el “34,62% de las personas con discapacidad (617.779) recibe ayuda de otras personas para realizar sus actividades básicas diarias” (DANE, 2020, p. 5). Cabe destacar, también, que quienes apoyan en estas tareas cotidianas son, primordialmente, mujeres, en tanto representan más del 55% de las cuidadoras reconocidas por el DANE, al tiempo que “de 1.487.354 hogares que tienen al menos una persona con discapacidad, el 38,3% se encuentra en estrato uno (1) y el 34,7% en estrato dos (2)” (DANE, 2020, p. 5), lo que evidencia que las tareas de cuidado están feminizadas y se resuelven, principalmente, en ámbitos domésticos altamente vulnerables en términos socioeconómicos.

El Estado colombiano ha formulado políticas y programas para atender las necesidades de las personas con discapacidad, pero la mayoría de estas acciones se enfocan en aspectos físicos, biológicos y emocionales, dejando de lado un aspecto fundamental como las garantías de cuidado. Además, se evidencia una carencia de programas públicos que atiendan dicha población en el sector rural, lo que también se refleja en la escasez de estudios que, desde la academia, involucren las nociones de cuidado con el fenómeno de la discapacidad en el medio rural.

Derivado de estos interrogantes, el problema que guía esta investigación es la comprensión de la configuración de la organización social del cuidado en las familias de las personas con discapacidad en condición de dependencia del Municipio de San Pedro de los Milagros durante el año 2023.

En relación con este problema, se hace necesario el abordaje de la categoría de organización social del cuidado. Esta categoría ha tomado gran relevancia en la última década en los estudios latinoamericanos, definida como aquella forma en que, interrelacionadamente, la familia, el Estado, el Mercado y las organizaciones comunitarias producen y distribuyen cuidados (Faur, 2009; Rodríguez Enríquez, 2015). La elección de esta categoría responde a una apuesta teórica y ética por construir aportes que permitan repensar las dinámicas de cuidado por fuera del espacio social familiar como único ámbito posible de reproducción.

Delimitaciones teóricas

Para fines de esta investigación, la categoría de organización social del cuidado se abordó desde dos corrientes teóricas centrales: por un lado, se retomaron

ron aportes de las teorías latinoamericanas del cuidado, que permiten situar al cuidado como un componente central del proceso de salud-enfermedad de las poblaciones. Por el otro, se recuperaron aportes desde el campo de la política social que permiten comprender al cuidado como un factor central en el sostenimiento y la garantía del bienestar en las sociedades latinoamericanas. A partir de la conjunción y puesta en diálogo de estos enfoques se construyó, entonces, el recorte teórico que guio el trabajo analítico del proyecto. A continuación, se presentan sus elementos centrales.

Un elemento relevante para introducir la discusión en torno a la categoría de cuidado proviene de los aportes de Domínguez Mon (2017). La autora plantea que, desde fines del Siglo XX, a raíz de las transformaciones epidemiológicas latinoamericanas y el crecimiento de las afecciones crónicas, en el campo de la salud fue necesario incorporar la revisión y reflexión teórica en torno a las formas en las que se organiza el cuidado. El cuidado se transformó, a la par de las transiciones sanitarias hacia la cronicidad, en un eje fundamental en la atención de los malestares de salud no transmisibles y de larga duración. Con esta idea acuerdan Batthyány, Genta y Perrotta (2017), al afirmar que “estos servicios constituyen sólo la punta de un iceberg, donde el cuidado no es remunerado, sobre todo dentro de las familias, se configura como un verdadero sistema invisible de atención a la salud” (p.188)

De esa manera, esta problematización en las teorías latinoamericanas en torno a la salud ha permitido, durante las últimas décadas, complementar la clásica tríada salud-enfermedad-atención con la noción central de este proyecto: la categoría de cuidado. Domínguez Mon (2017), en este sentido, asume que el cuidado se constituye como un eje fundamental en la atención de los malestares, enfermedades o condiciones de salud no transmisibles y de larga duración.

En coherencia con lo anterior, Pautassi (2016) propone pensar al cuidado como un conjunto de prácticas que sostiene y nutre a las personas, prácticas que son tan diversas como fundamentales para la existencia humana. Según su análisis, las tareas de cuidado incluyen desde autocuidado hasta cuidado directo hacia otros/as, incorporando la generación de condiciones propicias para el cuidado: compra de alimentos, pago de servicios, lavado de ropa; y la gestión del cuidado: organización de horarios, traslados, acceso a instituciones educativas y de salud, entre otras.

Partiendo de estas precisiones conceptuales, las teorías latinoamericanas del cuidado se han interrogado, también en torno a quién asume y cómo se distri-

buye la carga de cuidado en nuestra región. En consecuencia, el eje vertebral de este campo de producción académica lo constituye la categoría de división sexual del trabajo (Arango Gaviria et al, 2018, Batthyány, 2015; Domínguez Mon, 2017), que permite comprender que la feminización de los cuidados y su reducción al ámbito doméstico responde a una lógica fundamental de la estructura moderna patriarcal. A través de esta, por un lado, se minimiza e invisibiliza el trabajo de las mujeres hacia el interior de las viviendas en el sostenimiento de la vida y de la salud y, por el otro, se le otorga un sentido vinculado a la vocación natural, la abnegación o el amor familiar (Mendes Diz, et al, 2011). Así, esta categoría permite un proceso de doble construcción de subjetividades: la figura del varón, proveedor, productivo en el espacio público, y la figura subalterna, representada por la mujer, encargada de la concepción y reproducción biológica de la especie, y responsable de la crianza y el cuidado de las personas que, dentro de la familia, lo requieran.

Otro de los aportes que estas teorías ofrecen al proyecto propuesto refiere a la potencialidad de la categoría de cuidado para comprender los procesos de salud-enfermedad en contraposición al paradigma hegemónico biomédico (Domínguez Mon, 2017). Asumir esta perspectiva implica referenciar que el cuidado dista ampliamente de ser un fenómeno autónomo, libre e individual. Por el contrario, se propone conceptualizar la noción de cuidado inserta en las condiciones materiales de vida de la población y en las condiciones institucionales de la atención sanitaria.

De esa manera, en esta investigación se propuso resignificar la noción de cuidado y movilizar esta categoría desde una esfera privada hacia una lógica colectiva. Es por lo anterior que se apuesta por recuperar las prácticas de cuidado realizadas en la domesticidad para insertarlas en un sistema político, económico, social y cultural preciso y explicitar que, aun cuando se hace de forma privada, el cuidado de las personas como parte de sus procesos de salud implica una responsabilidad colectiva (Domínguez Mon, 2015).

En segundo lugar, desde el campo de la política social, se retomaron los aportes de Ceminari y Stolkner (2018), quienes afirman que dentro de esta gran categoría se incluyen todas las actividades requeridas para resolver las necesidades cotidianas, de existencia y de reproducción, a nivel material y simbólico y que hacen posible la vida en sociedad y el sostenimiento del bienestar de las poblaciones. Las autoras, además, proponen la categoría de *organización social del cuidado* como aquella que permite otorgarle centralidad al cuidado dentro

de la noción de bienestar e interrogarse sobre la interrelación: Estado, mercado, familia y comunidad en su producción y distribución. Así se torna posible identificar redes de cuidado, conformadas entre quienes requieren cuidado, quienes lo dan, los actores institucionales, los derechos reconocidos, la participación mercantil y dar un paso más en su distribución, no sólo entre varones y mujeres, sino también entre la esfera pública y la doméstica.

La incorporación de esta categoría ha permitido, entonces, identificar que la carga de cuidado, en América Latina, se encuentra desigualmente distribuida (Pautassi et al., 2014). Asimismo, las autoras refieren que, en tanto la división de género del trabajo se mantiene inalterada aún con el ingreso progresivo de las mujeres en el mercado de trabajo formal, esta produce una sobrecarga de tareas para las mujeres, sobrecarga que se encuentra atravesada y determinada por las estratificaciones de clase y por las posibilidades diferenciadas de ingreso en los hogares. De esta forma, en el marco de este proyecto se asumió que el cuidado y su organización inequitativa refuerzan una brecha de desigualdad de género y una negación central de los derechos humanos.

En coherencia con lo anterior, Pautassi (2010) sostiene que la incorporación de las discusiones en torno a la organización social del cuidado constituye una herramienta valiosa para construir políticas públicas que, por un lado, asuman un carácter universal y garanticen una red de protección para aquellos sectores más vulnerables y que, por otro, asuman una lectura de género, “no solo para garantizar protección a las mujeres en relación con las arbitrariedades del mundo del trabajo, sino que operen sobre la división de responsabilidades de cuidado y de las obligaciones positivas que tiene el Estado” (Pautassi, 2010, p. 5).

A partir de los aportes precedentes, entonces, se torna relevante explicitar que se comprenderá a la organización social del cuidado como un componente de la constelación del bienestar (Martínez Franzoni, 2007) en tanto que, la articulación entre Estado, mercado y familia regula y moldea las formas en las que se sostiene la reproducción cotidiana, la supervivencia y la resolución de necesidades de la población.

Por último, uno de los conceptos centrales dentro de la investigación es el de personas con discapacidad. En ese sentido, se reconoció que la discapacidad es una categoría abordada, definida y analizada desde varios modelos y enfoques por las ciencias de la salud y las ciencias sociales. Las distintas maneras en las que esta noción ha sido comprendida, decanta en las formas específicas en las que se aborda e interviene sobre la discapacidad, en las representaciones socia-

les que construimos sobre las personas con discapacidad y, también, en cómo se organiza su cuidado (Bonilla, 2020).

Este proyecto retoma el concepto de discapacidad otorgado por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad del año 2006, que las concibe como aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Art. 1).

Adicionalmente se tomó como referente lo establecido en la Ley 1618 de 2013 en la cual se definen a las personas con y/o en situación de discapacidad como aquellas personas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo que, al interactuar con diversas barreras incluyendo las actitudinales, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. (Art. 2)

Se reconoció, asimismo, que, en el abordaje, estudio e intervención sobre la discapacidad han predominado dos paradigmas centrales: el paradigma rehabilitador y el paradigma de la autonomía personal (Bonilla, 2020). Cada uno de ellos, en su interior, pregonan modelos teóricos e interventivos que permiten adentrarse en la categoría desde miradas disímiles. En la tabla n° 1 se sintetizan los principales paradigmas y modelos vigentes.

Tabla 1: Paradigmas y modelos teóricos en torno a la discapacidad

Paradigma	Modelo	Énfasis conceptual
Paradigma rehabilitador	Modelo médico	Patología
	Modelo biopsicosocial	Interrelación entre condiciones orgánicas y entornos sociales
Paradigma de la autonomía personal	Modelo social de la discapacidad	Fenómeno social
	Modelo de diversidad funcional	Dignidad personal

Dentro de estos abordajes teóricos, para el proyecto de investigación se optó por el modelo social de la discapacidad. Este se inscribe dentro de los paradigmas que pregonan la autonomía personal de las personas con discapacidad y ponen en discusión la mirada biologicista que tiende a asumir la necesidad de rehabilitar o reducir los grados de discapacidad para acercarse a patrones

biomédicos de normalidad (Bonilla, 2020). En palabras de Victoria Maldonado (2013), asumir este paradigma implica reconocer que:

(...) en la actualidad se está produciendo un cambio de percepción respecto a las personas con discapacidad, es decir, antes se les consideraba como personas enfermas, que debían de superar carencias y deficiencias a fin de adaptarse lo mejor posible a la sociedad existente, para lo que se les ofrecía el adecuado tratamiento médico, o en su caso, prestaciones económicas o sociales, que eran consideradas como beneficencia. Hoy en día, las personas con discapacidad son vistas como un colectivo de personas que se encuentran en una especial situación de desventaja social debido a que la sociedad ha construido un “*entorno*” preparado sólo para un determinado *estándar* de personas con ciertas características. (pp. 145-146)

Así, el modelo social de la discapacidad reconoce que el origen de la situación no refiere a una anormalidad física o biológica que debe corregirse o rehabilitarse, sino que se encuentra en las formas específicas en las que una sociedad organiza su reproducción y sus relaciones fundamentales (Bonilla, 2020). En este sentido, este modelo teórico permitió concentrar el ejercicio investigativo en las diversas maneras en las que la sociedad habilita y obstaculiza los procesos de reproducción cotidiana de las personas con discapacidad y su organización social del cuidado, al poner foco en el contexto, sus barreras económicas, medioambientales, sociales y culturales (Victoria Maldonado, 2013).

4. Propuesta metodológica

La investigación fue de tipo cualitativa, a partir del método etnográfico. Se diseñó una microetnografía (Morse, 1994), priorizando la elección de los participantes por características similares que los diferencian de otros grupos dentro de un contexto específico.

Se realizaron 8 entrevistas en profundidad (Marradi, Archenti y Piovani, 2007) a personas con discapacidad en condición de dependencia y a sus cuidadoras, residentes en el ámbito rural y urbano del municipio. Dada la feminización de las tareas de cuidado, todas las cuidadoras entrevistadas fueron mujeres. Además, se aplicó el Test Zarit para medir la escala de carga de la cuidadora y una entrevista a la profesional que dirige el programa de discapacidad. El contacto con los participantes se realizó mediante el programa de discapacidad del municipio San Pedro de los Milagros-Antioquia. Como consideraciones éticas se

valoró el código de ética profesional del Trabajo Social en Colombia y se contó con consentimientos informados de los participantes.

El trabajo de campo se realizó durante los meses de octubre y noviembre del 2023. Para el análisis y procesamiento de la información se utilizó el método de comparación constante propuesto por Glasser y Strauss, (1967), a partir de una matriz de análisis categorial en la que se agrupó la información de las categorías establecidas y las emergentes, y la transcripción de las entrevistas.

5. Resultados analíticos

El primer elemento para abordar la organización social del cuidado en este territorio se refiere al reconocimiento de actores involucrados en esta tarea. En ese orden de ideas, se comprendió que, en el ámbito rural, el cuidado se configura como una responsabilidad, principalmente, de la familia. Se destaca el carácter doméstico de la realización del cuidado: los actores involucrados en la producción y garantía de prácticas de cuidado se circunscriben a aquellas personas relacionadas mediante vínculos de parentesco, que residen en la misma vivienda. En ese sentido, en coherencia con las propuestas de Puyana, Hernández y Gutiérrez (2020), Batthyány (2015) y Domínguez (2017), entre otras, en este territorio se asiste a una familiarización del cuidado de las personas con discapacidad. Se comprende que sea la unidad doméstica antes que el grupo familiar al mismo tiempo, resulta pertinente destacar que, dentro de la institución familia, es la unidad doméstica (Jelin, 2017; Arriagada, 2001) la protagonista en su provisión.

Esto constituye una particularidad en torno a la organización social del cuidado en ámbitos rurales, las distancias entre las viviendas intensifican la familiarización y domesticidad del cuidado, al tiempo que dificultan la posibilidad de involucrar a otros sujetos aún dentro de los mismos límites familiares. En ocasiones, los parientes cercanos residen en viviendas distantes geográficamente, lo que fortalece la lejanía en la responsabilidad material y emocional frente a las necesidades cotidianas de las personas con discapacidad. Es así como, especialmente en este entorno rural, se comprende la unidad doméstica antes que el grupo familiar ampliado quien asuma la responsabilidad de reproducción y subsistencia cotidiana (Jelin, 2017).

En el plano comunitario, los actores reconocidos como partícipes en la organización social del cuidado resultan minoritarios. Por un lado, se identificaron

redes vecinales que, de manera excepcional, aportan al núcleo doméstico en tareas básicas de provisión para las personas con discapacidad. Estas tareas se identifican en momentos puntuales de la vida cotidiana, por ejemplo, cuando la cuidadora principal debe asistir a un turno médico, gestionar una diligencia y/o cuando otro miembro del grupo familiar está hospitalizado. En ese sentido, se comprende que estas redes vecinales no constituyen una estructura de cuidado permanente para la persona con discapacidad (Agudelo et al, 2020). Por el contrario, son actores que se configuran como supletorios o subsidiarios frente al actor principal: las mujeres de la unidad doméstica primaria.

De esa forma, se comprende interpreta, para evitar repeticiones que esta articulación con las redes vecinales no responde a una dinámica de desfamiliarización (Martínez Franzoni, 2011) del cuidado ni tampoco a un traslado desde la lógica privada hegemónica de la resolución del cuidado hacia una gestión colectiva, tal como proponía Domínguez (2015). Por el contrario, el traslado excepcional de la práctica de cuidado hacia las redes vecinales responde a una estrategia de reproducción familiar (Gutiérrez, 2007) mediante la cual se aprovisiona a la persona con discapacidad de los recursos que requiere para la supervivencia inmediata. Esto permite comprender, también, que, en ocasiones, el apoyo vecinal involucre, como contraparte, una remuneración monetaria. Ante la imposibilidad de mantener la estructura habitual de cuidado, las prácticas se mercantilizan de manera excepcional.

Como tercer elemento a destacar, resulta interesante que, de manera continua, se referencian dos organizaciones no gubernamentales, ubicadas en el casco urbano, como instituciones involucradas en la vida de las personas con discapacidad del territorio. Al respecto, se ofrecen dos líneas analíticas: en primer lugar, opera la dinámica subsidiaria y excepcional que ya se enunció en torno a las redes vecinales. Los espacios organizacionales no se constituyen como un nódulo central y/o estructural de la organización social del cuidado de las personas con discapacidad, de forma tal que no representan agentes significativos en la desfamiliarización del cuidado.

En segundo lugar, se interpreta que esta subsidiaridad que caracteriza a las organizaciones no gubernamentales como actores secundarios en la constelación del cuidado refiere al tipo de prácticas que estas gestionan y desarrollan en el territorio. Las cuidadoras principales expresan que estas instituciones ofrecen actividades educativas y/o lúdicas mas no prácticas o servicios que resuelvan necesidades básicas de supervivencia. Por el contrario, la cotidianidad que

permite la reproducción de la vida de las personas con discapacidad permanece como responsabilidad de la familia. En ese sentido, si bien se reconoce la presencia de las instituciones en el territorio y se identifican ciertos servicios que estas ofrecen a la comunidad, estas no se representan como actores que apoyen en aspectos relacionados con el cuidado.

A partir de esta segunda clave analítica, el cuidado de las personas con discapacidad opera en coherencia con patrones de jerarquización de necesidades. Se interpreta que, al interior del espacio familiar, prácticas de aprovisionamiento (Mario et al, 2014) como la garantía de alimentos, la provisión de higiene diaria, la ingesta de medicamentos, entre otras, se posicionan como *las verdaderas prácticas de cuidado diario*, mientras que dinámicas de ocio, esparcimiento y educación ocupan un lugar secundario en la vida cotidiana. Esto permite que, en la organización social del cuidado, ciertos actores se caractericen como responsables primarios e irremplazables, mientras que otros, especialmente aquellos reconocidos por Pautassi (2009) como miembros del tercer sector, ubicados en el plano comunitario, queden en un escalafón secundario en esta interrelación.

En cuanto a los actores estatales, se identifica que la administración con mayor cercanía territorial es la del Municipio de San Pedro de Los Milagros. Las personas responsables del cuidado reconocen a este actor como el representante estatal que desarrolla acciones concretas orientadas a las personas con discapacidad en el territorio. Por el contrario, no reconocen políticas, programas ni servicios a nivel departamental ni nacional.

En este orden de ideas, un elemento central para el análisis refiere cierto desconocimiento de las familias involucradas en la investigación respecto a las dinámicas y ofertas de servicios derivadas de la administración municipal. Si bien se reconoce la existencia de un programa que brinda apoyo a las personas con discapacidad y a sus familias, no se identifican con claridad las prácticas desarrolladas por este agente. De manera poco precisa, refieren acciones tales como atención profesional en psicología y provisión de materiales que facilitan el cuidado una vez al año. En ese sentido, se analiza que la accesibilidad se presenta, inicialmente, limitada por una barrera simbólica: la falta de conocimiento en torno las prácticas estatales dificultan las posibilidades de que estas sean aprovechadas y apropiadas por las familias, lo que Santos et al. (2020) definen como falta de información en salud.

Por otro lado, a través del acercamiento territorial, se corroboró que, a la fecha, el Municipio de San Pedro de los Milagros ha realizado acciones relevantes

para atender las necesidades de esta población, incluidas las de cuidado. Entre estas acciones destacan un ejercicio inicial de caracterización y ubicación de las personas con discapacidad y sus cuidadores por medio de visitas domiciliarias, al tiempo que la definición de una ruta de atención que incluye aspectos como orientación en la atención en salud física y mental y articulación otras instituciones del municipio para facilitar algunos recursos necesarios como alimentos, implementos de aseo y apoyo en transporte cuando se requiere.

Por último, en el plano público estatal, emergen las E.P.S. (Entidades Promotoras de Salud) como actor relevante. En ese sentido, se destaca que la mayor parte de las personas con discapacidad en condición de dependencia del territorio se encuentran afiliados/as al régimen subsidiado de salud, lo que implica un reconocimiento del rol fundamental que tiene el Estado frente a la atención sanitaria. En este punto, se identifica que la participación de las E.P.S. en la organización social del cuidado es referenciada por las familias, especialmente, a partir de sus ausencias. En testimonios relacionados, estas manifiestan que el principal obstáculo en el relacionamiento con la E.P.S. y en el acceso a sus servicios se vincula a la lejanía geográfica entre las sedes de atención y las viviendas de las personas con discapacidad. En tanto para acceder a dichos servicios, generalmente, deben trasladarse hasta la ciudad de Medellín, lo que se interpreta, como un obstáculo en materia de accesibilidad (Santos et al, 2020), condicionado por gastos de bolsillo (Bran et al, 2020). A este obstáculo se suman otros particulares referentes a la ruralidad, por lo que se afirma que el transporte y la movilidad adecuada para las personas con discapacidad emerge como el principal faltante en la práctica sanitaria.

De igual forma, se pudo identificar que no todas las E.P.S facilitan los implementos adecuados para el cuidado de las personas con discapacidad, tales como sillas de ruedas o camas hospitalarias. En ocasiones, las familias consiguen estos implementos a través de donaciones o apoyos comunitarios, sin embargo, en estos casos, emergen dificultades vinculadas a su uso: en tanto los implementos no cumplen con las condiciones requeridas por cada persona y su situación particular de salud, estos pueden generar afecciones físicas e impedimentos en la movilización, lo que obstaculiza aún más la tarea de la persona cuidadora. En coherencia con Rosario et al. (2013) se propone comprender a esta dinámica como un obstáculo concreto en la accesibilidad a la salud de las personas con discapacidad, en tanto el organismo responsable, las E.P.S. en este caso, no ofrece servicios de salud consecuentes con sus necesidades específicas.

En este sentido, se analiza que la provisión de materiales necesarios para el cuidado no constituye una práctica de reconocimiento de derechos frente a la que las E.P.S son responsables, sino más bien una práctica de aprovisionamiento (Mario et al, 2014) gestionada por la misma familia y sus capitales sociales disponibles (Gutiérrez, 2007), práctica que, en ocasiones, puede ser contraproducente para el bienestar de la persona cuidada y, también, de quien cuida.

Una vez identificados los actores involucrados en esta resolución de necesidades, el reconocimiento de las prácticas de cuidado ofrece una complementariedad fundamental para comprender la organización social del cuidado en el territorio. En ese sentido, el elemento articulador central que permite abordar estas prácticas remite a su característica de feminización (Pineda, 2010, Hernández y Rojas, 2020). Las mujeres que cuidan en este territorio comparten una rutina específica de cuidados que organiza su vida cotidiana: su jornada diaria y semanal se encuentran determinadas por la necesidad de articular desde acciones cotidianas como la limitación de los horarios y rutinas de sueño, la disposición y preparación de alimentos, la gestión de medicamentos y la provisión de higiene personal hasta prácticas más o menos esporádicas como la asistencia a centros de salud o asistencia.

En ese sentido, esta característica es coherente con los aportes que, desde las teorías del cuidado, consolidan el campo del debate contemporáneo. Como se mencionó, autoras como Mendes Diz et al, (2011), Pautassi (2016), De León (2021), entre muchas otras, han señalado la feminización, domesticidad e invisibilización del trabajo de cuidados como un corolario de la división sexual del trabajo que fortalece la constitución de dos sujetos diferenciados al interior de la unidad familiar: la figura del varón, proveedor, quien ocupa el espacio público, y la figura subalterna, representada por la mujer, en este caso, madre, hermana mayor, o abuela, quien se encarga de cuidar, vigilar y gestionar las necesidades, particularmente, de la persona con discapacidad

Sin embargo, en la especificidad del territorio abordado, se reconoce que esta diferenciación entre prácticas de provisión, desarrolladas en el espacio público, y prácticas de reproducción de la vida, en el espacio doméstico, toma un matiz de mayor agudización. Este matiz responde a las dinámicas propias del territorio, donde la ruralidad separa, físicamente, con mayor intensidad, a quienes trabajan por fuera del hogar y quienes deben mantenerse en la domesticidad. Ya sea que el varón adulto dedique largas jornadas al trabajo de campo o se traslade al casco urbano para desarrollar prácticas remuneradas, las distancias geográficas que

separan el centro de vida y el espacio productivo se configuran como un factor que intensifica la práctica de cuidado como un ejercicio aislado y en soledad.

Esto permite comprender que, en la ruralidad, las prácticas feminizadas de cuidado hacia las personas con discapacidad se experimenten, por parte de quienes cuidan, como una vivencia de incertidumbre constante que genera sentimientos de soledad y de miedo al futuro. Frente a la imposibilidad de distribuir de manera equitativa la carga material y/o emocional con otros miembros de la familia, especialmente, con los varones adultos, que pasan largas jornadas lejos del espacio doméstico, quienes asumen la responsabilidad cotidiana se definen como agentes indispensables para la reproducción de la vida. Esto no implica, necesariamente, que sean ellas las únicas capaces de desarrollar estas prácticas, sino más bien, se interpreta como un ejercicio de autopercepción y autoconstrucción que decanta en sensaciones de permanente angustia, miedo y ansiedad frente al futuro en un tiempo mediano y a largo plazo.

A partir de esto, se comprende que las prácticas de cuidado adquieren un carácter de obligatoriedad y se transforman en tareas que no se pueden omitir, aplazar y, mucho menos, delegar. Al mismo tiempo, esta característica específica de las prácticas de cuidado transforma a las mujeres responsables en actores indispensables que reproducen su vida cotidiana con un sentimiento de agotamiento transversal. Al agotamiento propio de responder a un trabajo permanente, no remunerado e impostergable, se suma la carga en términos de salud mental y emocional que implica la falta de tiempo y prioridad frente a otros asuntos, ya sean familiares y/o personales.

Esto se convierte, también, en un desafío en cuanto a la necesidad de aprender a convivir con la incertidumbre: parte de las entrevistadas llevan entre 10 y 20 años desarrollando prácticas de cuidado sin haber encontrado estrategias de delegación, articulación y/o soporte en conjunto con otros actores. Lo cual genera, no solo una falta de tiempo, energía y disposición para otras dinámicas, especialmente las de autocuidado, sino también, un miedo que se experimenta a diario frente a la posibilidad de enfermar, envejecer y/o morir y lo que esto implicaría en el futuro de las personas con discapacidad.

Es así como las prácticas de cuidado de las personas con discapacidad se erigen como centro de la vida cotidiana en la ruralidad y como una obligación que deriva en miedos y ansiedades frente a la posibilidad de faltar a la tarea en un escenario de dependencia plena. Esto se corroboró, también, con la aplicación

de la prueba de Zarit, que arrojó altos índices de agotamiento emocional en las cuidadoras y con riesgo de claudicación en este sentido.

Dicha caracterización específica de las prácticas de cuidado permite un diálogo interpretativo con diversas lecturas que proponen la relación entre la resolución de tareas de cuidado y los procesos de salud, enfermedad y atención de las cuidadoras, en especial, en el plano de la salud mental. En ese sentido, a partir del agotamiento y la permanente angustia que se reconocen en el ejercicio cotidiano de las tareas de cuidado en esta población, se acuerda con Ortiz Viveros et al. (2015), Basile y López (2021) y Aguirre (2024) en el reconocimiento de los costos a nivel emocional que esta forma de organización y distribución del cuidado trae para las mujeres adultas. Experiencias cotidianas de sobrecarga, estrés, tristeza y soledad constituyen el escenario diario de las prácticas de cuidado.

Por último, en el análisis de las prácticas de cuidado, emerge otro criterio de jerarquización de necesidades al interior de las organizaciones familiares. En ocasiones se identifica que, si estos grupos familiares tienen miembros que son también sujetos de cuidado, sobre todo niños y niñas, las prácticas que se organizan en torno al cuidado de la persona con discapacidad los posicionan en un lugar secundario en la distribución de los esfuerzos familiares.

Lo anterior se refleja en dos dinámicas en particular: por un lado, en la subsumición de sus propias necesidades como sujetos de cuidado a las necesidades de la persona con discapacidad, especialmente, cuando esta última atraviesa episodios de particular vulnerabilidad como, por ejemplo, hospitalizaciones médicas. Emergen aquí discursos que ordenan las prácticas de cuidado de manera jerárquica y que consolidan la rutina familiar con centro en la persona con discapacidad, mientras que otros requerimientos pasan a un segundo plano y deben resolverse a través de familia extensa o de manera autónoma.

Por otro lado, además de la jerarquización de necesidades, se identifica la dinámica de transformación de estos mismos niños y niñas en sujetos proveedores de cuidado. A muy temprana edad los miembros del grupo familiar aprenden a acompañar y apoyar a sus referentes mujeres adultas en la provisión de cuidado, transformándose ellos/as mismos/as en infancias que cuidan.

En ese sentido, así como se reconoció una dinámica de priorización familiar de las prácticas de aprovisionamiento antes que las lúdicas, recreativas y/o educativas, a la hora de concentrarse en las rutinas diarias de cuidado, es posible

señalar otro criterio de jerarquización proveniente de las prácticas que tiene como corolario la transformación misma de la experiencia infantil: se construyen así, arreglos familiares (Agudelo et al, 2020), donde niños y niñas asumen, con mayor o menor carga, responsabilidades en el cuidado de otros. Esta idea resulta coherente con la problematización que ofrecen Puyana et al (2020) en el reconocimiento de las transformaciones en las trayectorias vitales de aquellos sujetos, en este caso, niños y niñas, que experimentan la provisión de cuidados en su vida cotidiana como parte de los arreglos familiares de resolución de necesidades.

6. Conclusiones y emergentes

Este artículo se propuso un doble abordaje de la organización social del cuidado de las personas con discapacidad en San Pedro de Los Milagros. Por un lado, se identificaron actores aportantes en la distribución y resolución de necesidades de cuidado de las personas con discapacidad en condición de dependencia en el municipio y, por el otro, se analizaron las prácticas que estos actores ponen en juego en la constitución de la organización social del cuidado en el territorio.

De esa forma, a partir de este ejercicio, se reconoció que el actor principal en esta constelación que garantiza la resolución del cuidado continúa siendo la organización familiar. Dentro de esta organización, teniendo en cuenta las peculiaridades del entorno rural, emerge la unidad doméstica como agente concreto de resolución cotidiana de necesidades con las mujeres adultas, usualmente en su rol de madres, como protagonista.

Como nodos secundarios en esta interrelación, se reconocieron agentes territoriales y estatales que, desde la excepcionalidad, contribuyen a la resolución del cuidado. Asimismo, en las formas específicas de relación entre actores, la ruralidad opera como una dimensión relevante que determina las posibilidades reales de intercambio, delegación y/o apoyo. El escenario rural permite comprender cómo los arreglos de cuidado de las personas con discapacidad presentan retos adicionales, no solo en el acceso a instituciones de salud y asistencia, sino también, en la experimentación del cuidado con emociones mayormente vinculadas a la soledad y el aislamiento en las cuidadoras.

Asimismo, se identifica que, en el horizonte de fortalecer la redistribución del cuidado de las personas con discapacidad, la provisión de recursos de movi-

lidad adecuados y adaptados a las necesidades de las personas con discapacidad, además de los medios de transporte, la accesibilidad a las viviendas y el estado de las vías son barreras adicionales para superar en el territorio. Esto remite, directamente, a las acciones de agentes que, desde el plano público-estatal, aún aparecen en la organización social del cuidado desde sus ausencias y fallas en la garantía de derechos.

Por último, se reconoce que, en esta interrelación en la organización del cuidado, las familias resuelven las necesidades de cuidado en el marco de sus posibilidades y en función de su posición social y de los significados que asignan a sus prácticas. Esto decanta en una serie de jerarquizaciones tanto de prácticas como de sujetos de cuidado que organizan la vida cotidiana y permean las trayectorias individuales de vida de sus miembros. En ese sentido, emerge como un interrogante sumamente relevante para próximos ejercicios la revisión de los roles que ocupan los niños y niñas que también integran las familias, como es el caso de los hermanos, en la gestión misma del cuidado y cómo este transforma la experiencia misma de la infancia.

Referencias bibliográficas

- Agudelo, M.; Moreno, M.; Estrada, L.; Gómez, G.; Zapata, J.; Jordán, C.; Salas, J. (2020) ¿Cómo cuidamos a nuestros niños y niñas en Medellín? Narrativas de quienes agencian el cuidado y quienes lo reciben. En Puyana, Y; Hernández, A.; Gutiérrez, M. (eds) *La organización social del cuidado de niños, niñas y adolescentes en Colombia. Experiencias Urbanas*. PP. 183-246. Editorial Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
- Aguirre, M. (2024). Trabajo precario, trabajo de cuidados y sus expresiones en salud pública: ¿cuánto y cómo protege la asistencia social latinoamericana? *Itinerarios De Trabajo Social*, (4), 61–71. <https://doi.org/10.1344/its.i4.43748>
- Arango Gaviria, L., Urquijo, A. A., Pérez-Bustos, T., y Duque, J. P. (2018). *Género y cuidado: teorías, escenarios y políticas*. Universidad Nacional de Colombia.
- Arriagada, I. (2001) Familias latinoamericanas. Diagnóstico y políticas públicas en los inicios del nuevo siglo. *CEPAL- Serie Políticas Sociales (N° 57)* 5- 51.
- Basile, G. y López, F. (2021). *Epidemiología del trabajo doméstico*. Grupo de Trabajo CLACSO Salud internacional y soberanía sanitaria. Fundación Friedrich Ebert en República Dominicana. Programa Salud Internacional, FLACSO República Dominicana.
- Batthyány, K. (2015). *Las políticas y el cuidado en América Latina: una mirada a las experiencias regionales*. CEPAL. Serie Asuntos de Género. No. 124.
- Batthyány, K., Genta, N., & Perrotta, V. (2017). El aporte de las familias y las mujeres a los cuidados no remunerados en salud en Uruguay. *Revista Estudios Feministas*, (25), 187-213. <https://doi.org/10.1590/1806-9584.2017v25n1p187>

- Bonilla, J. M. (2020). Los Paradigmas y modelos sobre la discapacidad: evolución histórica e implicaciones educativas. *Paradigma: Revista de Investigación Educativa*, (42), 15-15.
- Bran-Piedrahita, L., Valencia-Arias, A., Palacios-Moya, L., Gómez-Molina, S., Acevedo-Correa, Y., & Arias-Arciniegas, C. (2020). Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. *Hacia la Promoción de la Salud*, 25(2), 29-38. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2020.25.2.6>
- Ceminari, Y. y Stolkiner, A. (2018). *El cuidado social y la organización social del cuidado como categorías claves para el análisis de políticas públicas*. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2022, noviembre). *Compromiso de Buenos Aires*. XV Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. Buenos Aires, Argentina. <https://conferenciamujer.cepal.org/15/es/documentos/compromiso-buenos-aire>
- Congreso de la República de Colombia. Ley n° 1618 de 2013 “por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad”
- De León, A. (2021). Las pugnas de las madres comunitarias por nombrar el trabajo de cuidados. *Razón Crítica*, (11), 65-95. <https://doi.org/10.21789/25007807.1763>
- Departamento Nacional de Estadística, DANE (2020). Gobierno de Colombia. PERSONAS CON DISCAPACIDAD, Retos diferenciales en el marco del COVID-19.
- Domínguez Mon, A. (2015) Cuidados de sí y relaciones de género: trabajo en red en un grupo de personas que viven con diabetes (PVD) en un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAP) en José León Suárez, Argentina. *Política & Trabalho*. Revista de Ciências Sociais (Nº 42) p. 133-154.
- Domínguez Mon, A. (2017) Los cuidados de la salud en personas que viven con diabetes: enfoque etnográfico antropológico y perspectiva de género. *Revista Salud Colectiva*. Nº 13(3) P. 375-390. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1156>
- Faur, E. (2009). Organización social del cuidado infantil en la Ciudad de Buenos Aires: el rol de las instituciones públicas y privadas 2005-2008. Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales. Flacso Argentina.
- Glasser, B.; Strauss, A. (1967) *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York, APC. Traducción de Floreal Forni.
- Gutiérrez, A. (2007) Herramientas teórico-metodológicas de un análisis relacional para los estudios de la pobreza. *Ciencia, Docencia y Tecnología* Nº 35, Año XVIII. Pp. 15-33
- Hernández, A. y Rojas, H. (2020) Mujeres y hombres del cuidado: algo se aprende, algo se hace y algo prevalece en el cuidado de la niñez y la adolescencia en Bucaramanga. En Puyana, Y; Hernández, A.; Gutiérrez, M. (eds) *La organización social del cuidado de niños, niñas y adolescentes en Colombia. Experiencias Urbanas*. PP. 247-302. Editorial Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
- Jelin, E. (2017) Familia: un modelo para desarmar. En Da Silva Catela, L., Cerrutti, M., Pereyra, S. (comp.) (2020) Elizabeth Jelin. *Las tramas del tiempo. Familia, género, memorias, derechos y movimiento sociales. Antología Esencial*. CLACSO. Buenos Aires, Argentina.

- Mario, A., Rosa, P., García, A. (2014) Trabajo y pobreza persistente: la informalidad laboral y las prácticas para afrontar la pobreza persistente. En Clemente, A. (coord.) *Territorios urbanos y pobreza persistente*. 139-152. Espacio Editorial.
- Marradi, A., Archenti, N., Piovani, J. (2007) *Metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Emece
- Martínez Franzoni, J. (2007) *Regímenes del Bienestar en América Latina*. Madrid, España. Ed. Cealci – Fundación Carolina.
- Mendes, A., Domínguez, A. y Schwarz, P. (2011). *Enfermedades crónicas. Entre la autonomía y el control*. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Morse, J. (Ed.). (1994). *Critical issues in qualitative research methods*. Sage Publications.
- Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Recuperado de <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Ortiz Viveros, G., Martínez Pacheco, A., Ortega Herrera, E. (2015). Burnout, sobrecarga percibida y sintomatología asociada al estrés en amas de casa mexicanas. En G. Ortiz Viveros, G. e I. Stange Espínola (comp.). *Psicología de la Salud. Diversas perspectivas para mejorar la calidad de vida*. (pp. 46-81). Benémerita Universidad Autónoma de Puebla.
- Pautassi, L. (2009) *Programas de transferencias condicionadas de ingresos ¿Quién pensó en el cuidado? La experiencia en Argentina*. Seminario Regional: Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas. CEPAL, Santiago de Chile. 29 y 30 de octubre de 2009.
- Pautassi, L. (2010) *El aporte del enfoque de Derechos a las políticas sociales. Una breve revisión*. Taller de expertos “Protección social, pobreza y enfoque de derechos: vínculos y tensiones”. CEPAL.
- Pautassi, L., Arcidiacono, P. y Straschnoy, M. (2014) Condicionando el cuidado. La Asignación Universal por Hijo para la Protección Social en Argentina. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*. Num. 50, Quito. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-Sede Académica de Ecuador. PP. 61-75. <https://doi.org/10.17141/iconos.50.2014.1429>
- Pautassi, L. (2016) La complejidad de articular derechos: alimentación y cuidado. *Revista Salud Colectiva*. 2016; N° 12(4): PP. 621-634. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.941>
- Pautassi, L. (2024). El curso de la vida con derechos. Autonomía, universalidad e igualdad. En A. Comelin-Fornés, K. Batthyány, V. Perrotta, & J. A. Pineda Duque (Eds.), *La sociedad del cuidado y políticas de la vida* (pp. 163-?). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; México: INMujeres; UNAM; Ginebra: UNRISD.
- Pineda, J. (2010) Familia postmoderna popular, masculinidades y economía del cuidado. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 2, 51-78.
- Puyana, Y; Hernández, A.; Gutiérrez, M. (2020) *La organización social del cuidado de niños, niñas y adolescentes en Colombia. Experiencias Urbanas*. Editorial Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
- Puyana, Y; Hernández, A.; Gutiérrez, M., Giraldo, C. (2020) Narraciones sobre el cuidado de NNA en Bogotá: reflexiones desde el género y la posición social. En Puyana, Y; Hernández, A.; Gutiérrez, M. (eds) *La organización social del cuidado de niños, niñas y adolescentes en Colombia. Experiencias Urbanas*. PP 39-118. Editorial Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.

- Rodríguez Enríquez, C. M. (2015). Economía feminista y economía del cuidado: Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. *Nueva Sociedad*; 256; 1-15. <http://hdl.handle.net/11336/47084>
- Rosário, S. S. D., Lima-Fernandes, A. P. N., Batista, F. W. B., & Monteiro, A. I. (2013). Acessibilidade de crianças com deficiência aos serviços de saúde na atenção primária. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15(3), 740-746. <https://doi.org/10.5216/ree.v15i3.19272>
- Santos, D. B. C., Vázquez-Ramos, V., Oliveira, C. da C. C., & López-Arellano, O. (2019). Accesibilidad en salud: revisión sobre niños y niñas con discapacidad en Brasil, Perú y Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 17(2), 1-20. <https://doi.org/10.11600/1692715x.17206>
- Victoria Maldonado, J. (2013). El modelo social de la discapacidad: hacia una nueva perspectiva basada en los derechos humanos. *In Jure Anáhuac Mayab*, (2), 143-158.